Lane Medical Library

UEBER ENTZUENDLICHE BAUCHDECKENTUMOREN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
— IN DER GESAMMTEN MEDIZIN —
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER KÖNIGLICHEN FRIEDRICH-
WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

VORGELEGT VON

STANISLAUS SUSZCZYŃSKI
APPR. ARZT AUS POSEN

TAG DER PROMOTION: 23. JANUAR 1915

POSEN — 1915
VERLAGSDRUCKEREI „PRACA“ G. M. B. H. — POSEN

UEBER ENTZUENDLICHE BAUCHDECKENTUMOREN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
— IN DER GESAMMTEN MEDIZIN —
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER KÖNIGLICHEN FRIEDRICH-
WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

VORGELEGT VON

STANISLAUS SUSZCZYŃSKI
APPR. ARZT AUS POSEN

TAG DER PROMOTION: 23. JANUAR 1915

POSEN — 1915
VERLAGSDRUCKEREI „PRACA“ G. M. B. H. – POSEN

Dekan: Herr Geheimrat Professor Dr. Bier.
Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. Bier.

GEDRUCKT MIT GENEHMIGUNG DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER KÖNIGLICH. FRIEDRICH-WILHELMS UNIVERSITÄT – BERLIN

MEINER GELIEBTEN MUTTER

GEWIDMET

VOM

VERFASSER

Wenn wir die Literatur der letzten Zeit überblicken, so finden wir, dass Fälle von entzündlichen Bauchdeckentumoren in sehr geringer Anzahl publiziert worden sind. Sie werden von allen Autoren zu den seltenen Ereignissen in der Medizin gerechnet. Besonders im letzten Jahrzehnt, kann man sagen, haben einige Autoren die Aufmerksamkeit auf ein Krankheitsbild gelenkt, das bis dahin ziemlich unbekannt war und wohl auch in den seltensten Fällen richtig gedeutet wurde. Es ist umso interessanter sich mit der Literatur derartiger Fälle zu beschäftigen, als dieselben in ätiologischer und differentialdiagnostischer Hinsicht so ausserordentlich grosse Schwierigkeiten dem Chirurgen bereiten können. Wie schwer es ist, einen entzündlichen Tumor der Bauchdecken von vorneherein sicher zu diagnostizieren und ihn sich ätiologisch zu erklären, lehrt uns die Literatur selbst. Selten wird von vorneherein eine richtige Diagnose gestellt, kein Wunder, denn diese Fälle bieten ein Krankheitsbild dar, das eben nicht in das gewöhnliche Schema hineinpasst. Der Beginn und der Verlauf ist so verschieden von allen anderen entzündlichen Prozessen, dass man sich da leicht täuschen kann; oft wird man erst bei der Operation selbst, ja auch dann nicht immer über den richtigen Sachverhalt aufgeklärt.

Ich selbst war in der Lage, einen sehr interessanten Fall von einem entzündlichen Tumor der Bauchdecken beobachten und seinen Verlauf bis zur Heilung verfolgen zu können. Es sei mir gestattet, den Krankheits- und Operationsbericht später anzuführen.

Im letzten Jahrzehnt besonders sind von mehreren Autoren Geschwülste in den Bauchdecken beobachtet und publiziert worden, deren Zustandekommen man sich fast gar nicht erklären

konnte, da jegliche anamnestischen Anhaltspunkte in dieser Richtung hin fehlten. Wenn solche da sind, so sind sie meist so geringfügig und so unsicher, dass man sie kaum für die Ätiologie und Diagnose irgendwie verwerten kann. Dass man da den Verdacht auf eine Neubildung oder sogar auf einen malignen Tumor hegt, unterliegt keinem Zweifel.

Auf dem Chirurgen-Kongress 1908 hat Schloffer die allgemeine Aufmerksamkeit und ein besonderes Interesse auf ein Krankheitsbild gelenkt, das bis dahin im Dunklen stand. In seiner ausführlichen Abhandlung »Über entzündliche Bauchdeckengeschwülste nach Hernienoperationen« weist er darauf hin, dass das Vorkommen derartiger Geschwülste ein nicht so seltenes Ereignis in der Medizin darstelle, wie man es vielleicht früher annahm, man habe sie wahrscheinlich mit anderen Augen angesehen und ihnen deshalb zu wenig Interesse geschenkt. Schloffer berichtet über 5 Fälle von entzündlichen Bauchdeckentumoren, die im Anschluss an eine frühere Hernienoperation aufgetreten waren. In jedem Tumor konnte man als Ursache der Entzündung nicht aseptisch eingeheilte Ligaturfäden feststellen.

Ich will nun kurz darauf eingehen, welche ursächlichen Momente für das Entstehen dieser entzündlichen Geschwülste in Betracht kommen. Und da muss man manchmal staunen, was man nicht alles in den Tumoren als Entzündungsursache vorfindet. In einem grossen Teil der Fälle findet man im Centrum der Geschwulst Fremdkörper der verschiedensten Art, welche die Nachbarschaft in einen entzündlichen Zustand versetzen und so ein geschwulstähnliches Gebilde verursachen.

Beginnen wir mit den Ligaturfäden. Die Ligatureiterungen, manchmal sehr chronisch verlaufend, können eine eitrige Einschmelzung des banachbarten Gewebes, ohne grössere Ausdehnung zu gewinnen, herbeiführen und weisen dabei dem Faden seinen Weg. Andrerseits kann ein Ligaturfaden die Bildung eines entzündlichen Tumors verursachen, der manchmal eine beträchtliche Grösse erreichen und mit so geringen Entzündungserscheinungen einhergehen kann, dass die entzündliche Natur desselben oft erst nach längerer Beobachtung mit Sicherheit erkannt werden kann. In allen seinen Fällen von derartigen Geschwülsten fand Schloffer im Centrum einen Eiterherd, der einen Ligaturfaden enthielt und zwar bei Patienten,

die früher eine Hernienoperation durchgemacht hatten. Was aber sehr auffallend ist, die Ruhepause, die Zeit von der Operation bis zum Auftreten der Geschwulst, betrug in den Fällen Schloffers $5^1/_2$ Jahre bis mehrere Monate. Worauf dieses und das Zustandekommen einer entzündlichen Geschwulst durch einen Ligaturfaden zurückzufüren ist, will ich nachher näher zu erklären versuchen.

An die Fälle Schloffers möchte ich andere ähnliche Fälle anknüpfen, bei welchen man ebenfalls Ligaturfäden als Ursache des entzündlichen Prozesses gefunden hat.

Bakes fand in einem grossen Bauchdeckentumor, den er für malign hielt und deshalb exstirpierte, im Centrum zu seinem grossen Erstaunen eine kleine mit dickem Eiter gefüllte Höhle, in welcher einige mit grünem Eiter überzogene, dicke Ligaturfäden lagen.

Einen ähnlichen Fall beobachtete auch Alesandri. Er fand in einem Bauchdeckentumor, der sich drei Jahre nach einer Hernienoperation entwickelte, im Centrum einen erbsengrossen Hohlraum, der wenig trübe Flüssigkeit und eine Seidenknopfnaht enthielt.

Betagh berichtet ebenfalls über 2 derartige Beobachtungen, obwohl aus seiner Arbeit hervorzugehen scheint, dass er im Eiter selbst Seidenfäden nicht gefunden hat. Es handelt sich um zwei Kranke, bei denen sich im Anschluss an eine vorangegangene Hernienoperation eine »Holzphlegmone« gebildet hatte. Da das klinische Bild der Ligaturtumoren an die von mehreren Fällen Reclus'scher Holzphlegmonen gegebene Beschreibung erinnert, muss man nach Schloffer auch in den Fällen Betagh's an chronisch entzündliche Ligaturtumoren denken. Im ersten Falle wurde aus dem Eiter Staphylococcus albus in Reinkultur gezüchtet.

Ausser den Ligaturfäden können auch, wie aus den Beobachtungen, die von verschiedenen Autoren angegeben worden sind, hervorgeht, Fremdkörper der verschiedensten Art zur Ausbildung von Geschwülsten führen; es scheint, dass solche Tumoren sich mit Vorliebe in den Bauchdecken lokalisieren. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Fremdkörper, die vom Darm aus in die Bauchdecken hineingewandert sind. So berichtet Wagner über einen Fall von einem grossen

Tumor, der den grössten Teil der rechten Bauchdeckenhälfte einnahm, bis ins Becken reichte und dort mit Netz und Coecum verwachsen war. Bei der Operation wurde die Diagnose auf inoperables Sarcom gestellt. Die histologische Untersuchung schwankte zwischen Fibrosarcoma fasciculare und entzündlicher Neubildung (Aktinomykose). Bei der zufälligen Eröffnung des centralen Herdes, entleerte sich 1 Liter stinkenden Eiters. Als Ursache der Eiterung fand man die Kiemenspange eines Kabeljaus, die die Coecalwand durchbrochen und eine circumscripte Entzündung erzeugt hatte.

Ferner führt Richter einen von Exner operierten Fall an, bei welchem es sich um einen mannsfaustgrossen Tumor handelte. Im Inneren fand man zwei 2 cm lange, dünne oxydierte Eisendrahtstäbe. In einem anderen von Exner operierten Fall wurde ein 2 cm langer, stecknadeldünner Holzsplitter gefunden, der wahrscheinlich durch die Darmwand in die Bauchwand eingedrungen war und die geschwulstmässige Infiltration erzeugte.

Schloffer operierte an der Wölfler'schen Klinik zu Prag einen Bauchdeckentumor, in dessen Centrum er eine Nähnadel fand, die vom Magen ausgewandert und in die Bauchdecken eingedrungen war. Es bestanden keinerlei Beschwerden von Seiten des Magens; wie man sich bei der Operation überzeugte, waren Adhäsionen zwischen Magen und Bauchwand vorhanden.

Tansini beobachtete bei einem 65-jährigen Mann eine im Laufe $^1/_4$ Jahres langsam wachsende, taubeneigrosse, harte Geschwulst unterhalb des Nabels, welche sich mit den Bauchdecken bewegte und keinerlei Verbindung mit Magen und Darm aufwies. Bei der Operation trat eine fibromartige Geschwulst zutage, die mit dem Netz verwachsen war und sich nach Resektion des Netzstückes leicht ausschälen liess. Die histologische Untersuchung ergab: Entzündliches Gewebe mit grossen polygonalen, scheibenförmigen Zellen, keine Riesenzellen. In der Mitte fand man eine Fischgräte.

Einen sehr interessanten Fall beschreibt Franke. Er fand in einem entzündlichen Bauchdeckentumor einen Strohhalm von 12 cm Länge und 1 mm Dicke. Bei der Operation sah man einen Kanal, der vom Uterus aufwärts bis zu den Bauchdecken führte. Höchstwahrscheinlich ist dieser Fremdkörper durch den

Uterus hindurch in die Bauchwand hineingelangt (krimineller Abort?). Auch ein zweiter Fall Franke's ist ätiologisch interessant. In einem Tumor der Harnblase, welcher sich nach einer Hernienoperation gebildet hatte, lag in der Mitte ein Seidenfaden, der nicht mit Eiter, sondern mit etwas Schleim umgeben war.

Morian berichtet über einen Bauchdeckentumor zwischen Nabel und linkem Rippenbogen. In der Mitte der Geschwulst fand er einen dickebohnengrossen Abszess, aus welchem Colibazillen gezüchtet werden konnten, im Eiter lag ein 1 cm langes, $^1/_2$ cm breites Knochensplitterchen.

Hieran anknüpfen möchte ich noch kurz einen Fall, den ich selbst beobachtet habe. Tief im Cavum Retii lagen zwei 3—4 cm lange, streichholzdicke Holzsplitter. Ausserdem fanden sich im Eiter, der die Holzsplitter umgab, makroskopisch sichtbare Aktinomycesdrusen.

Analog diesen finden sich auch Tumoren gleicher Ätiologie mit anderer Lokalisation, die ich hier anführen will, um auf die Häufigkeit des Zustandekommens dieser Tumoren gerade im Anschluss an einen Fremdkörper hinzuweisen.

So berichtet Singer über eine Geschwulst am Dorsum pedis, in welcher er Raupenhaare fand. Lorenz beobachtete am 4-jährigen Knaben in der Kopfhaut einen markstückgrossen Tumor, der sich um Pflanzenfasern herum gebildet hatte. Lermoyez sah besonders nach Nasenoperationen Granulationsgeschwülste, als deren Ursache er Penghawarfasern (ein früheres Blutstillungsmittel) vorfand.

Hägler gibt zwei Fälle an, von denen der eine eine geheilte Wangenverletzung betraf. 3 Jahre nach der Operation wurde die verdickte Narbe excidiert, in dieser fand Hägler einen mit Bakterien infizierten Seidenfaden. Im zweiten Falle Häglers hatte die Bindegewebswucherung, die 5 Jahre nach einer primär geheilten Mammaamputation zu einer langsam wachsenden Narbenverdickung führte, Verdacht auf Recidiv hervorgerufen und die Excision veranlasst. Auch hier fanden sich 2 Ligaturfäden, umgeben von etwas eitrigem Sekret, im entzündlich infiltrierten Gewebe eingeschlossen.

Aus den bis jetzt mitgeteilten Beobachtungen haben wir gesehen, wie häufig gerade Fremdkörper der verschiedensten

Art eine entzündliche Infiltration des benachbarten Gewebes erzeugen können. Es gibt auch andere Momente, die bei der Bildung von entzündlichen Geschwülsten der Bauchdecken eine bedeutende Rolle spielen. Es liegt die Frage nahe, können nicht auch entzündliche Prozesse von den Organen der Bauchhöhle aus z. B. von den der Bauchwand anliegenden für das Zustandekommen derartiger Infiltrationen in Betracht gezogen werden? Und da sehen wir, dass dies relativ oft der Fall ist. Ich will nun kurz auf die hier in Betracht kommenden ätiologischen Momente eingehen.

Nach Hulke unterscheiden wir primäre Phlegmonen und Abszesse der Bauchwandmuskulatur, die auf diese beschränkt bleiben, und secundär von entfernten Herden aus fortgeleitete Prozesse. Die letzteren sind die häufigsten. Zu den primären entzündlichen Prozessen gehören: Trauma, Kontusionen, am häufigsten Blutergüsse, ferner extraperitoneale Blasenrisse, Urininfiltrationen; auch Cysticerken können nach Leisring Bauchwandabszesse verursachen. Max Meyer beschrieb einen Fall von Bauchwandphlegmone nach vom Patienten selbst ausgeführten Morphiuminjektionen. Nicht selten kommt Tuberkulose in Betracht. Die Ursachen der secundären Entzündungserscheinungen sind dagegen sehr mannigfach. Senkungsabszesse an der seitlichen Bauchwand im subperitonealen und intermuskulären Gewebe vom knöchernen Brustkorb oder der oberen Beckenwand kommen da in Betracht, Eiterungen im subkutanen Binde- und Muskelgewebe nach eitrigen Entzündungen der Becken-, Lumbal-, Inguinal- und Sternaldrüsen, ulceröse Prozesse der Nieren, Ureteren, des Pankreas und Duodenum. Fernerhin entzündliche Prozesse ausgehend von inneren intraperitoneal gelegenen Organen, die der Bauchwand direkt anliegen. Es kann auch ein durch peritoneale Verklebungen abgekapselter Abszess, der zwischen dem entzündlichen Organ und der Bauchwand gelegen ist, sich direkt auf die Bauchwand fortpflanzen. Die Veranlassung zu dem auf die Bauchwand übergreifenden entzündlichen Erscheinungen bilden meist Ulcerationen der den Bauchdecken anliegenden Organe. Doch sind auch Fälle bekannt, bei denen diese Erscheinung auch eintreten kann ohne Ulceration und ohne Perforation. Der entzündliche Vorgang wird dann durch entzündliche Stoffe angeregt, die auf dem Lymphwege nach

vollendeter Verwachsung der Darmschlingen mit der Bauchwand durch die Darmwand hindurchtreten und in das Zellgewebe der letzteren eindringen. So sind die Abszesse der Bauchwand zu erklären, die nach enteritischen Erscheinungen auftreten, ohne dass eine direkte Kommunikation mit den Darmschlingen nachweisbar war.

Meyerson führt als wichtigstes ätiologisches Moment die Entzündung des Wurmfortsatzes und dessen nächster Umgebung an. Gerade diese Entzündungsform soll am meisten zu entzündlichen Prozessen manigfachster Art in der Bauchwand führen. Nach Morian gehört zur Appendicitisgruppe eine charakteristische Art entzündlicher Geschwülste: es sind dies harte, meist höckerige Gebilde, von Faust- bis Mannskopfgrösse, die vom kleinen Becken ausgehen, bis über die Schamfuge hinaufreichen und manchmal den ganzen Raum zwischen vorderer Mastdarmwand und Nabel ausfüllen. Sie entwickeln sich entweder aus einer Kleinbeckenappendicitis oder haben eine anderswo sitzende Perityphlitis als Äquivalent für einen Douglasabszess. Sie brauchen zu ihrer Entwicklung eine bis mehrere Wochen. Ihre Symptome gleichen denen des Douglasabszesses: nicht immer, aber gewöhnlich Fieber von wechselnder Höhe, Pulsbeschleunigung, Übelkeit oder Erbrechen. Die Schmerzen brauchen nicht erheblich zu sein und können sich auf ein Druckgefühl im Leibe beschränken, trotz quälenden Stuhldranges bleiben Kot und Winde manchmal angehalten.

Um nicht zu sehr vom Thema abzukommen, werde ich jetzt speziell auf die Art von entzündlichen Prozessen eingehen, die sich nicht in das gewöhnliche Schema einreihen lassen, sondern in Gestalt eines circumscripten, entzündlichen Tumors der Bauchdecken im Anschluss an eine Appendicitis auftreten. Man versteht darunter brettharte, flache, gut abgrenzbare Geschwülste, die ihren Sitz in den Bauchdeckenschichten haben und aus festem, fibrösem Narbengewebe bestehen.

Meyerson hat einen einzigen derartigen Fall in der Literatur aufgefunden, den Sprengel angegeben hat. Sprengel beobachtete bei einem Knaben einen in der rechten regio hypogastrica flächenhaft ausgebreiteten Tumor, der mit dem peritoneum parietale und dem Wurmfortsatz verlötet war und nach der

Incision stinkenden Eiter entleerte. Im Anschluss daran führt Meyerson drei interessante Fälle an, die Küttner operierte. Alle 3 Fälle riefen klinisch ganz den Eindruck von typischen Desmoiden hervor. Nur in einem Falle hatte der völlig schmerzlose Tumor seinen Sitz in der Ileocoecalgegend, anamnestisch wies nichts auf eine Appendicitis hin. Die beiden anderen waren anderswo lokalisiert, so dass man an einen Zusammenhang mit dem Wurmfortsatz gar nicht denken konnte. Und doch zeigte es sich bei der Operation, dass alle diese Tumoren von einer Entzündung des Wurmfortsatzes ausgingen, ein Beweis dafür, wie ungemein schwierig die richtige Diagnosenstellung in solchen Fällen ist.

Einen sehr interessanten und komplizierten Fall von einem Bauchdeckentumor, der mit der Appendix und der Harnblase im Zusammenhang stand, operierte Heymann. Die Geschwulst, die vom Nabel bis zur Symphyse reichte, wurde vor der Operation für einen Urachustumor gehalten. Bei der Operation zeigte es sich, dass der Tumor auf die Harnblasenwand überging und mit ihm in der Mittellinie der Wurmfortsatz mit seiner distalen Hälfte verklebt war. Heymann stiess bei der Operation, deren Verlauf ich am Schluss ausführlich schildern werde, auf ungemein schwierige Komplikationen, er musste einen Teil der Blasenwand mitentfernen.

von Mieczkowski berichtet über einen Fall von Tumor inflammatorius ex appendicitide bei einer 38-jährigen Kaufmannsfrau, die schon früher mehrere Attacken von Appendicitis gehabt hatte. Bei der Operation des in der rechten Unterbauchgegend sitzenden Tumors traf von Mieczkowski auf einen kleinen Abszess, in den der entzündliche Wurmfortsatz hereinragte. Bei einem zweiten Fall, den von Mieczkowski operierte, fand der Operateur einen Knäuel verwachsener Darmschlingen vor, bei deren Lösung Eiter, ein Esslöffel voll, hervorquoll. Den Wurmfortsatz konnte man nicht finden, wahrscheinlich ist er die Ursache der Eiterung gewesen und hiervon ist die entzündliche Infiltration auf die Bauchdecken übergegangen.

Ferner teilt Hofmeister 3 operierte Fälle mit, bei denen sich die Geschwulst im Anschluss an eine Appendicitis gebildet hatte.

Beim Rückblick auf das bis jetzt Mitgeteilte drängt sich nun die Frage auf, warum die Geschwülste gerade in den Bauchdecken selbst lokalisiert sind, weshalb sie, wie es allen übrigen Tumoren entzündlicher Natur zukommt, meist keine Erscheinungen aufweisen, auf Grund derer man ihren entzündlichen Charakter feststellen könnte. Es ist dies jedenfalls der Umstand, der uns am meisten zu denken gibt und so grosse Schwierigkeiten bei der Diagnosenstellung bereitet.

Wahrscheinlich hat schon mancher Chirurg früher mal derartige Fälle in Behandlung gehabt, die er für alles andere, nur nicht für einen Bauchdeckentumor entzündlicher Natur gehalten hat. Jetzt wo seit ca 1908 die allgemeine Aufmerksamkeit und das allgemeine Interesse (S c h l o f f e r) auf derartige Krankheitsbilder gelenkt wurde, sieht man vielleicht mit anderen Augen solche Erscheinungen an. Bei Geschwülsten, die nach Operationen (Hernien u. s. w.) oder im Anschluss an eine Appendicitis aufgetreten sind, wird man, wenn die Symptome auch noch so geringfügig sind, jetzt die Aufmerksamkeit darauf richten müssen, handelt es sich doch nicht vielleicht um einen entzündlichen Bauchdeckentumor.

Warum entwickelt sich die Geschwulst gerade in den Bauchdecken?

Es fällt uns auf, weshalb die inneren Organe der Bauchhöhle, welche doch viel zarter und empfindlicher sind gegen jeglichen entzündlichen Prozess als die derben Schichten der Bauchwand, meist ganz davon verschont bleiben. Wie ist dieser Vorgang zu erklären?

S c h l o f f e r meint, dass es sich höchstwahrscheinlich um einen mechanischen Reizzustand handele, der von der wiederholten Spannung der Bauchdeckenmuskulatur ausgeht, die bei allen Bewegungen des Körpers, beim Gehen, im Wachen und Schlafen bei der Atmung, erst recht bei aufrechter Haltung und während jeglicher Tätigkeit in Bewegung gesetzt wird. So lässt es sich wohl erklären, dass dieser kräftige andauernde mechanische Reiz beim Vorhandensein eines kleinen circumscripten Herdes chronischer Entzündung zu ausgiebigen reactiven Entzündungserscheinungen in der Nachbarschaft führen kann. Diese Erklärung kann vielleicht ausreichend sein, um die Lokalisation der Geschwülste in den Bauchdecken zu rechtfertigen. Aber es muss doch unbedingt noch ein anderer Faktor mitspielen, der

eben die eitrige Einschmelzung der Bauchwandschichten verhindert. Und da steht im Vordergrunde die Beschaffenheit des Muskelsystems. Gerade dieses gut ernährte, blutdurchtränkte Gewebe hält die Entzündungskeime leichter nieder, indem es dieselben mit mächtigen Schwielen umgibt und einkapselt, statt durch dieselben eitrig einzuschmelzen. Nichts begegnet dem Chirurgen z. B. bei der Operation frischer abszedierender appendicitiden häufiger, als eine sulzige Durchtränkung der Bauchwandung, selten in der subcutis, oft aber schon unter der obersten Obliquusaponeurose und gewöhnlich properitoneal. Aber welche Rarität stellt die progrediente Phlegmone der Bauchmuskelschichten im Anschluss an eitrige Perityphlitis dar. Morian entsinnt sich nur vier solcher Fälle, von denen zwei ad exitum kamen.

Es sei noch erwähnt die Entwicklung der ganz ungewöhnlich grossen, fast über die ganze vordere Bauchwand ausgebreiteten Bauchdeckenabszesse kleiner Kinder, selten im Anschluss an chronische Darmkatarrhe. Auch diese bewirken Einschmelzung des durchsetzten Gewebes und schnelle Verflüssigung des Eiters, ohne circumscripte Infiltrate hervorzurufen.

Es scheint daher das Zustandekommen der entzündlichen Geschwülste an gewisse Bedingungen geknüpft zu sein, ohne deren Erfüllung sich das Übergreifen der Infektion von einem Eingeweideteil innerhalb der Bauchhöhle auf die Bauchwand nicht wesentlich von den zuletzt angeführten Beispielen unterscheiden würde.

Ein weiterer wichtiger Faktor hierfür, auf den grosser Wert zu legen ist, ist der Erreger des Krankheitsbildes selbst. Meistens ist im Eiter Staphylococcus albus oder aureus gefunden worden. Höstwahrscheinlich ist derselbe Coccus auch die Ursache des Tumors selbst. Warum ruft der Erreger ein solches abweichendes Krankheitsbild hervor, wo er doch gewöhnlich eine eitrige Einschmelzung des ergriffenen Gewebes verursacht? Dieser Vorgang lässt sich einzig und allein durch die sehr herabgesetzte, abgeschwächte Virulenz des Erregers zurückführen. Diese geringe Keimfähigkeit des vorhandenen Krankheitsbazillus, bzw. der Mangel der peptonisierenden Eigenschaften bewirkt eine üppige Bindegewebswucherung und weniger eitrige Zerstörung. Das neue schwartige Gewebe leistet wiederum der Peptonisierung einen erhöhten Widerstand. Ein schlagender Beweis für

die verminderte Zerstörungskraft des Erregers ist vor allem die lange Zeitdauer, wie wir es in den angegebenen Fällen beobachtet haben, die erforderlich ist zur Bildung einer solchen Geschwulst. Jahre können manchmal vergehen, bis der Tumor überhaupt zum Vorschein kommt.

Zu unterscheiden davon ist das Krankheitsbild z. B. bei Ligatureiterungen nach Mammaoperationen und Strumen. Da wird der Ligaturfaden leicht durch allmähliche eitrige Vernichtung der Nachbarschaft ausgestossen, denn der mechanische Reiz fällt infolge der Ruhigstellung dieser Körperteile aus.

Wie schon oben gesagt und von Meyersohn besonders betont wird, spielt der Wurmfortsatz in der Ätiologie der entzündlichen Bauchdeckentumoren eine besondere Rolle. Das Krankheitsbild, das im Anschluss an eine Appendicitis bezw. Perityphlitis oft nach Jahren erst auftritt, bietet dem Chirurgen wegen der meist geringfügigen Symptome hinsichtlich seiner Erkennung grosse Schwierigkeiten. Wegen der Wichtigkeit und der relativen Seltenheit scheint es mir angebracht, in einem besonderen Abschnitt der Arbeit dieser Krankheitserscheinung das Interesse zuzuwenden. Ich möchte zunächst einiges über die Pathogenese und das pathologisch-anatomische Bild anführen.

Für die Pathogenese der entsprechenden Bildungen bei Appendicitis kommen nach Meyersohn zwei Faktoren in Betracht.

1) Die Lage des Wurmfortsatzes,
2) Der schleichende, latente Verlauf der circumscripten, fibrinös-eitrigen Peritonitis.

Die Mitbeteiligung der Bauchwandmuskulatur an eitrigen Prozessen, die sich im Wurmfortsatz und deren Umgebung abspielen, ist auf Grund anatomischer und klinischer Befunde von der Lage der Appendix bezw. des perityphlitischen Abszesses abhängig. Gerster teilt danach die perityphlitischen Abszesse in 5 Gruppen ein:

In einen 1) Ileo-inguinal Typus.
2) Lumbal oder Postero-parietal Typus.
3) Rectal- oder Pelvical Typus.
4) Meso-coeliacal Typus.
5) Antero-parietal Typus.

Beim T. 1. liegt der Abszess in der Inguinalgegend dem Peritoneum an. Nach Schüller kommt es hierbei zu Verklebungen zwischen den Dünndarmschlingen, der Wurmfortsatz liegt meist vorn in der fossa iliaca. Beim T. 2 wird der Abszess vorn von der dorsalen Fläche des Blinddarms, hinten von der hinteren Bauchwand in der Lumbalgegend, und zwar deshalb, weil der Wurmfortsatz mit der Spitze sich nach hinten wendet. Der sich unter den Adhäsionen gebildete Eiter oder das aus der Perforationsöffnung des Wurmfortsatzes sickernde Material sammelt sich zwischen dem colon ascendeus und dem hinteren parietalen Bauchfell an. Beim T. 3. liegt der Wurmfortsatz im kleinen Becken oder ist mit den Beckenorganen verwachsen, so dass der Abszess auch im kleinen Becken lokaisiert sein muss. Beim T. 4. ist der Processus vermiformis medianwärts gelegen. Beim T. 5. liegt der Abszess der vorderen Bauchwand an, nach aussen begrenzt vom Coecum, nach oben und einwärts von Netz und Darmschlingen.

Für uns kommen Typus 1, 4 u. 5 in Betracht, die eigentlichen Typen der klassischen Appendicitis. Bei diesen drei Typen kann die Entzündung vom perityphlitischen Abszess bezw. vom Wurmfortsatz selbst direkt auf die Bauchwand übergreifen. Beim mesocoeliacal Typus kann es zu phlegmonösen Eiterungen der Bauchdecken kommen. Perforiert der Wurmfortsatz, so geht die Eiterung beim Typus 5 auf das wandständige Peritoneum, subperitoneale Bindegewebe, fascia transversa und Muskulatur über. Tritt keine Perforation des Wurmfortsatzes ein, so kann sich die Entzündung von der entzündeten serosa der Appendix in Form einer serösen Durchtränkung auf das parietale Bauchfell und die tieferen Muskelschichten fortpflanzen. Es tritt uns unwillkürlich die Frage entgegen, warum diese Abszesse nur so selten stationär bleiben und circumscripte Eiterherde bilden. Dieses Bild fällt uns umso mehr auf, als der Erreger der Krankheit in jedem Falle derselbe ist, also auch dann, wo es zu tiefgehenden Eiterungen kommt.

Eine Antwort hierauf geben uns die Krankengeschichten selbst, in denen wir einen ungewöhnlichen Verlauf der Appendixerkrankung vorfinden. Bei unseren Beobachtungen von entzündlichen Bauchdeckengeschwülsten fehlen die Kardinalsymptome fast vollständig. Die Krankheit hat einen sehr

milden, schleichenden, fast fieberfreien Verlauf. Bei einem derartigen Verlauf der Appendicitis ist es leicht erklärlich, dass es zu chronisch entzündlichen Veränderungen des parietalen Bauchfells kommen kann, sei es beim Typus 4., wo der Abszess das wandständige Peritoneum berührt, oder im Typus 5, wo der Wurmfortsatz der Bauchwand direkt anliegt. Nicht zu vergessen ist der bereits erwähnte Faktor, nämlich die abgeschwächte Virulenz des Erregers selbst.

Stellen wir uns jetzt das Bild vor Augen, in welcher Art und Weise der entzündliche Prozess in den Bauchdecken sich vollzieht. Im Vordergrunde steht das entzündliche Ödem, das zur Quellung einzelner Muskelfasern und zur kleinzelliger Infiltration des Gewebes führt. Die weitere Bildung der bindegewebigen Schwielen auf Grund des mechanischen Reizes u. s. w. habe ich bereits oben erwähnt. Treten weiter keine entzündlichen Komplikationen hinzu, so wandelt sich allmählich das von Rundzellen durchsetzte Gewebe in spindelzelliges um und es kommt zur Formation eines brettharten, fibrösen Gewebes, welches überall zwischen den zum Teil zerstörten Muskelfasern liegt und diffus ohne scharfe Grenzen in die Nachbarschaft übergeht (siehe Küttners Fall 1.)

In manchen Fällen finden wir beim Durchschneiden der Geschwulst einen kleinen Eiterherd, ein Zeichen dafür, dass ein kleiner Teil dieser Schwielen in eitrige Einschmelzung übergegangen ist. In solchen Fällen kann es, wenn der Chirurg nicht vorher bereits eingreift, zur Spontanheilung durch Verfettung und Resorption des Fettes kommen, ein Prozess, der manchmal sehr lange Zeit in Anspruch nimmt. Analoge Beobachtungen z. B. im Beckenbindegewebe nach puerperalen septischen Prozessen belehren uns, dass sich noch nach Jahren Abszesse in dicke Schwielen eingebettet vorfinden, aus denen man noch häufig Bakterien züchten kann. Wir sehen also, dass sich diese chronisch entzündlichen Tumoren der Bauchdecken klinisch und pathologisch-anatomisch ausserordentlich von den phlegmonösen Eiterungen der Bauchdecken unterscheiden. Die Bezeichnung „entzündlicher Tumor" scheint also durchaus gerechtfertigt.

Es wird uns jetzt interessieren, auf welchem Wege der entzündliche Prozess bezw. der Erreger von dem ursprünglichen Orte bis in die Bauchwandschichten gelangt und sich fortpflanzt.

Am einfachsten ist wohl anzunehmen, dass die Übertragung auf direktem Wege per continuitatem stattfindet. Natürlich ist dies nur dann der Fall, wenn Tumor und perityphlitischer Abszess bezw. Wurmfortsatz sich der Lage nach entsprechen.

Anders gestaltet sich das Bild, wenn der Tumor ganz weit entfernt von der Entzündungsquelle auftritt, dann ist natürlich die oben erwähnte Annahme ganz unhaltsam. Die Druckempfindlichkeit der Blinddarmgegend im Fall 2. Küttners sprach mit Sicherheit für eine Affektion des Wurmfortsatzes. Der Tumor lag aber an einer ganz anderen Stelle, in der linken regio hypogastrica. Wie ist eine derartige Kombination zu erklären? Nun, man kann nur annehmen, dass der Tumor metastatisch auf dem Lymphwege oder secundär durch einen abgekapselten Herd in der linken Bauchhälfte durch Kontaktinfektion entstanden ist. Diese beiden letzten Annahmen werden vielfach umstritten. Es lässt sich wirklich schwer entscheiden, welche von beiden die richtige ist. Einige Autoren wie Küttner und Meyerson nehmen wohl mit Recht an, dass die Übertragung der Keime nicht direkt aus der Gegend des Wurmfortsatzes durch die Lymphbahnen, auch nicht indirekt durch die Blutbahn, sondern örtlich aus versprengten intraperitonealen Eiterherden auf die benachbarten Bindegewebs- und Muskelschichten erfolgt.

Beim Rückblick auf das über die entzündlichen Bauchdeckentumoren in Gefolge einer Appendicitis Mitgeteilte, sehen wir, dass dieselben ihre Entstehung einem schleichend verlaufenden entzündlichen Vorgang verdanken, der nicht zu eitriger Einschmelzung des Gewebes führt, sondern eine diffus die Bauchwand durchsetzende bindegewebige Infiltration verursacht. Wenn auch der Tumor anderswo, ausserhalb der Ileocoecalgegend gelegen ist, so dürfte doch ein Zusammenhang mit der Erkrankung des Wurmfortsatzes bezw. dessen Umgebung weniger auf metastatischem Wege, als durch die direkt fortgeleitete Entzündung aufzufassen sein. Es ist klar, dass in derartigen Fällen Verwechslungen mit Desmoiden sehr leicht möglich sind.

All die bis jetzt geschilderten Fälle von entzündlichen Bauchdeckentumoren sind im Anschluss an Fremdkörper verschiedenster Art (Ligaturfäden, Knochensplitter, Strohhalm, Fischgräte, Holzsplitter u. s. w.) und Erkrankungen des Wurmfort-

satzes aufgetreten, ich habe bis jetzt ihre Atiölogie und das pathologisch-anatomische Bild erklärt. Daran anschliessen möchte ich nun kurz noch andere interessante Beobachtungen, die von manchen Autoren streng genommen nicht zu den unsrigen gerechnet werden. So möchte ich die entzündlichen Geschwülste des Netzes erwähnen, von denen Braun in seiner ausführlichen Arbeit 30 Fälle mitgeteilt hat, und die oft, mit der vorderen Bauchwand verwachsen, in diese übergehen und so einen Bauchdeckentumor vortäuschen können. Einen derartigen Fall operierte auch Morian, die nähere Beschreibung des Operationsverlaufes werde ich am Schluss unter den anderen Fällen anführen.

Wenn auch Schloffer die entzündlichen Geschwülste der Bauchdecken von denen des Netzes unterscheidet, so gehören beide doch eng zusammen, haben sie doch dieselbe Ursache, nur entwickeln sie sich in verschiedenen Organen.

Ferner kennt man geschwulstähnliche Entzündungsformen, die von der Bauchspeicheldrüse, noch häufiger von der Lebergallenblase ausgehen. So beobachtete Morian 4 Fälle von entzündlichen Tumoren in der Gallenblasengegend. Pagenstecher beschrieb einen Fall von entzündlichem Tumor des Netzes im Anschluss an eine akute Pankreasentzündung. Häufig entstehen derartige Gebilde ausgehend vom ulcus ventriculi, indem sie durch Schwielenbildung und Verwachsungen in der Umgebung zu grossen harten Tumoren sich entwickeln, die sogar bei der Operation zu Verwechslungen mit bösartigen Neubildungen Veranlassung geben können. Wie in manchen Fällen der Fremdkörper, so kann auch eine maligne Neubildung gewissermassen den Entzündungsherd bilden, von dem die bindegewebige Infiltration auf die Bauchwand selbst übergreift. Einen solchen Fall operierte mein früherer Chef von Mieczkowski. Der faustgrosse Tumor sass unterhalb des linken Rippenbogens und reichte bis zur Darmbeinkante herab. Klinisch machte das ganze Krankheitsbild den Eindruck eines malignen Tumors der flexura lienalis. Die Diagnose lautete: Ca. flexurae lienalis und sie stimmte auch zum Teil, es handelte sich um einen Darmkrebs. Aber das, was nicht diagnostiziert werden konnte, für uns aber von Interesse ist, war die Tatsache, dass sich um die maligne Geschwulst herum ein Wall entzündlicher Natur gebildet hatte,

der überall mit der Bauchdeckenmuskulatur verwachsen war und als Tumor der Bauchdecken imponierte.

Wenn es auch den Anschein erwecken sollte, dass nicht alle angeführten Fälle in den Rahmen unseres Themas hineinpassen, so möchte ich doch zu ihrer Rechtfertigung angeben, dass ein Zusammenhang unter ihnen doch besteht aus dem einfachen Grunde, weil sie aus der gleichen Wurzel der Entzündung erwachsen sind.

Wenden wir uns jetzt zu der schwierigen und so oft zu Irrtümern führenden D i a g n o s e.

Wie ich schon öfter erwähnt habe, wird in den seltensten Fällen eine richtige Diagnose gestellt.Kein Wunder, eine derartige Krankheitserscheinung, die meist mit so geringfügigen, wenig charakteristischen Symptomen einhergeht, kann nur von einem erfahrenen und geübten Diagnostiker richtig beurteilt und erkannt werden. Selbst namhafte Chirurgen haben oft einem Krankheitsbilde gegenüber, wie es die entzündlichen Bauchdeckengeschwülste darstellen, sich nicht zur sicheren Diagnose entschliessen können. Es ist eben eine Erscheinung, die sich nicht in das Schema der gewöhnlichen Entzündungsprozesse einreihen lässt. Zuerst widerspricht schon der ganze klinische Verlauf den charakteristischen Entzündungsformen. Die knorpelharten, manchmal scharf begrenzten Infiltrationen, machen ganz geringe Beschwerden. Die Kranken haben meist gar keine Schmerzen, sie bemerken bloss eine Geschwulst, die ganz allmählich auftritt und langsam mit der Zeit an Grösse zunimmt, irgend welche Ursache wissen sie gar nicht anzugeben. Die Entwicklung des Tumors nimmt manchmal eine Zeitdauer von mehreren Monaten bis fünf Jahren in Anspruch. Der Kranke merkt erst, wenn die Geschwulst beträchtlich gross ist, da eben die subjektiven Beschwerden so minimal sind. Das Wachstum der Geschwulst entzieht sich meist wegen der Lage derselben in den tiefen Bauchdeckenschichten und der geringen subjektiven Beschwerden vollkommen der Beurteilung des Kranken. Was differentialdiagnostisch grosse Schwierigkeiten bereitet, ist das fast völlige Fehlen der Temperatursteigerungen. Diese Erscheinung ist wahrscheinlich auf den subakuten, chronischen Verlauf der Erkrankung zurückzuführen. Das Allgemeinbefinden ist wenig gestört, es

sei denn, dass der entzündliche Prozess auf benachbarte, wichtige Organe, Darmschlingen, Harnblase usw. übergreift, so dass diese Komplikationen die entsprechenden Beschwerden hervorrufen. Die einzigen Beschwerden bestehen gewöhnlich in einer geringen Druckempfindlichkeit an der erkrankten Stelle der Bauchwand. Sonst fühlen sich die Patienten ganz wohl. Diese Geringfügigkeit der Erscheinungen, der latente, chronische Verlauf, die Configuration des Tumors, das Fehlen des Fiebers, das Fehlen überhaupt jeglicher anamnestischen Anhaltspunkte in manchen Fällen, all dies führt uns irre. Jeder, der solch ein Krankheitsbild vor sich hat, denkt unwillkürlich sofort an alle möglichen Tumoren, die je nachdem in Frage kämen, an einen entzündlichen Tumor der Bauchdecken aber ganz zuletzt oder auch gar nicht. Man lenkt den Verdacht berechtigterweise auf eine Neubildung, auf Desmoide, Lipome, Neurofibrome, Sarcome, Carcinome usw.. Lipome und Neurofibrome sind vielleicht am einfachsten zu unterscheiden, dagegen besitzen die gestielten Desmoide der Bauchdecken die grösste Ähnlichkeit. Die desmoiden Geschwülste gehen in der Regel von der Bauchmuskulatur oder deren Aponeurose aus und entwickeln sich in der Faserrichtung des betreffenden Muskels; keineswegs aber nach beiden Seiten der Medianlinie in symmetrischer Gestalt. Den letzten Punkt muss man differentialdiagnostisch verwerten.

Sind vielleicht irgend welche anamnestischen Anhaltspunkte da, z. B. bei Appendicitis, so könnte man, falls der Tumor in der Ileocoecalgegend lokalisiert ist, geneigt sein, an einen entzündlichen Prozess in den Bauchdecken, von der Appendicitis ausgehend, zu denken. Doch da liegt bei diesen manchmal mannskopfgrossen, derben, unbeweglichen, fast gar nicht druckempfindlichen Tumoren der Gedanke an ein Sarcom oder Carcinom, viel näher, wenn dazu noch die Lymphdrüsen geschwollen sind. Wenn noch, wie in einigen Fällen beobachtet wurde, das kachektische Aussehen des Patienten hinzutritt, so wird wohl mancher Diagnostiker keinen Augenblick daran zweifeln, dass eine maligne Neubildung in dem betreffenden Falle vorliegt. Umso grösseren differentialdiagnostischen Schwierigkeiten begegnet der Chirurg, wenn Tumor und in Frage kommende Entzündungsquelle sich der Lage nach gar nicht entsprechen (siehe

3. Fall Küttners), wie soll man da auf den Gedanken kommen, dass eins mit dem anderen zusammenhängt. In solchen Fällen kann nur eine Probeincision entscheidend sein.

Grossen diagnostischen Schwierigkeiten begegnet man in Fällen, bei denen z. B. die Harnblase mitbeteiligt ist. Da kommt viel eher ein maligner Tumor in Betracht, als ein Bauchdeckentumor mit Übergreifen auf die Blase. Welch unangenehmen und schwierigen Komplikationen der Chirurg in einem solchen Falle ausgesetzt ist, beweist der von Heymann operierte Fall. Die Geschwulst reichte vom Nabel bis zur Symphyse herab, der Patient hatte deutliche Blasenbeschwerden, auch cystoskopisch wurden pathologische Veränderungen der Blasenwand festgestellt. Wegen des Alters und der Abmagerung des Patienten stellte Heymann die Diagnose auf malignen Tumor und wegen des zweifellosen Zusammenhanges mit der Blase auf einen Urachustumor. Und was fand man bei der Operation? Einen entzündlichen Tumor der Bauchwand mit Übergreifen auf die Harnblase, mit dem Tumor der Wurmfortsatz verklebt. Einen Teil der Blasenwand musste Heymann mitresezieren. Man sieht hieraus, welch grosse pathologisch-anatomische Verheerungen solch eine Geschwulst verursachen kann.*)

Nicht weniger schwer ist die Erkennung einer Geschwulst, die durch einen Fremdkörper verursacht worden ist. Die Kranken wissen meist gar nicht anzugeben, ob sie einen Gegenstand wie Holzsplitter, Fischgräte, und dergl. verschluckt haben, sie geben nur an, sie bemerken seit einiger Zeit, ohne dass sie die Ursache angeben können, das Auftreten einer Geschwulst. Wie soll der Chirurg sich einen derartigen Fall deuten? Einen derartigen klassischen Fall, den mein früherer Chef von Mieczkowski operierte, habe ich selbst zu beobachten die Gelegenheit gehabt:

W. D., 22-jähriger Arbeiter, suchte am 10. 3. 14 das Krankenhaus auf. Patient gab an, stets gesund gewesen zu sein. Vor ca. 5 Wochen habe er in der linken Unterbauchgegend eine kleine Geschwulst bemerkt, die ihm aber sonst keinerlei Beschwerden machte. Da die Geschwulst allmählich an Grösse

*) Sehr vorsichtig muss man bei der Diagnosenstellung beim weiblichen Geschlecht sein, da kann leicht ein Tumor des weiblichen Genitaltractus in Frage kommen.

zunahm, suchte Patient einen Arzt auf, der jedenfalls keine sichere Diagnose stellen konnte, ihm warme Umschläge verordnete und ihn zwecks genauer Beobachtung ins Krankenhaus schickte. Irgend welche Stuhl- und Blasenbeschwerden hat Patient bisher nie gehabt. Ich erinnere mich genau daran, wie mein Chef den Patienten danach fragte, ob er nicht etwa zufällig einen Fremdkörper verschluckt habe. Die Frage wurde aber strikt verneint.

Status: Junger, kräftig gebauter Mann mit gut entwickelter Muskulatur und gesunder Hautfarbe. Herz, Lunge und Nieren ohne pathologischen Befund. In der linken Unterbauchgegend, von der Mittellinie bis zur spina iliaca anterior superior, fühlt man eine kindskopfgrosse, harte, unbewegliche Geschwulst von glatter Oberfläche, nach der Mittellinie zu scharf abgrenzbar und nach der Symphyse zu druckempfindlich. Die Haut über dem Tumor gespannt, wenig abhebbar und gerötet, wahrscheinlich von den warmen Umschlägen. Temper. bei der Aufnahme 36,8°.

Die Diagnose war unsicher, lag eine Neubildung oder ein Bauchdeckentumor, (im Anschluss an einen verschluckten Fremdkörper?) vor?

13. 3. 14. Operation in Äther-Chloroformnarkose. Schnittführung durch die Mitte der Geschwulst. Beim Durchschneiden der Bauchwandmuskulatur hörte man ein deutliches Knirschen des Messers. Der musculus rectus war 2—3 cm dick und sehr hart mit gelblich weissen Schwielen durchsetzt, in denen die Struktur ganz aufgegangen war. Nach der spina iliaca zu hatten die Muskeln eine normale Beschaffenheit. Das Peritoneum war unter den erkrankten Muskelpartieen derb anzufühlen, aber sonst keine Verwachsungen. Verlängerung des Schnittes in der Richtung nach der Symphyse zu. Indem man hier langsam in die Tiefe vordrang, gelangte man im Cavum Retii auf ein mit Eiter durchsetztes Gewebe, in dem kleine Körnchen, die wie Aktinomycesdrusen aussahen und später bei der mikroskopischen Untersuchnng als solche festgestellt wurden. Als man noch tiefer stumpf eindrang, traten in der Tiefe des Cavum Retii zwei 3—4 cm lange, streichholzdicke Holzsplitter zutage. Nach Entfernung derselben Einlegen eines Gazedrains, der übrige Teil der Wunde wurde teilweise genäht.

17. 3. 14. Verbandwechsel, Spülung der Wunde mit Karbolglycerin. Frische Tampon., Temperatur abends 37°.

28. 3. 14. Alle 2 Tage Verbandwechsel. Patient fühlt sich bedeutend besser. Temp. 36,8°.

8. 4. 14. Patient verlässt das Krankenhaus wider den Rat des Arztes. Es besteht noch eine kleine Fistel und Infiltration oberhalb des ligamentum Pouparti. Der Allgemeinzustand des Kranken hatte sich bedeutend gebessert. Kein Fieber. Kal. jod.*)

Ein interessanter Fall von einer Kombination eines entzündlichen Bauchdeckentumors im Anschluss an einen verschluckten Fremdkörper mit Aktinomykose. Der Kranke hatte wahrscheinlich den Holzsplitter, der mit Aktinomycespilzen infiziert war, mit der Nahrung verschluckt, ohne davon eine Ahnung gehabt zu haben. Später ist der Fremdkörper durch die Darmwand hindurchgetreten und hat dort an der Stelle eine entzündliche Infiltration der Bauchdecken bewirkt.

Man sieht aus diesem Falle so recht deutlich, wie wenig man auf die Angaben der Kranken geben kann, wie unzuverlässig sie sind. Nur einem sehr geübten Diagnostiker, der mehrere derartige Krankheitsbilder gesehen hat, ist es möglich, sie richtig zu beurteilen. Ich war ganz überrascht von der Frage nach dem Fremdkörper, umso mehr imponierte es mir, als ich mich selbst von der Berechtigung derselben bei der Operation überzeugte. Wer einmal in der Lage war, einen derartigen Fall zu beobachten, verliert ihn sicher nicht so schnell aus den Augen und wird sich nicht durch die unzuverlässigen anamnestischen Anhaltspunkte in der Diagnose beirren lassen. In vereinzelten Fällen findet man einige für einen entzündlichen Process sprechende Symptome, aber auch dann muss man scharf pro und contra erwägen.

Schloffer sagt, hat jemand, der früher wegen einer Hernie operiert worden ist, eine Geschwulst in den Bauchdecken, so liegt die Wahrscheinlichkeit nahe, dass ein entzündlicher Tumor vorliegt. Sollte die Diagnose fraglich sein, so solle man eine Probepunktion versuchen, um nach einem etwaigen Eiterherd zu fahnden. Einen Beweis für die Schwierigkeit der richtigen Diagnosenstellung liefert uns ein Satz, der von Riedel stammt. Derselbe meint, dass die brettharten Tumoren, die sich z. B. im Anschluss an die Perforation des Wurm-

*) Die histolog. Untersuchung der Geschwulst sprach für entzündlichen Tumor.

fortsatzes oder aus irgend einer anderen Ursache gebildet haben, nicht einmal während der Operation, noch viel weniger vor derselben von malignen Tumoren zu unterscheiden seien. Und Riedel hat Recht; wenn wir die Diagnosen, die bisher bei einem derartigen Krankheitsbilde gestellt wurden, überschauen, so finden wir tatsächlich selten eine zutreffende.

Was nun die Therapie anbelangt, so lässt sich kein prinzipieller Standpunkt in der ganzen Behandlungsweise einnehmen, weder der konservative noch der radikaloperative. Viele Chirurgen, die sich in der Diagnose geirrt und die Geschwulst fälschlicherweise als malignen Tumor aufgefasst haben und bei der Operation in eine für den Kranken verhängnisvolle Lage geraten sind, sind zu strengen Gegnern der radikalen Behandlung geworden. Jene Chirurgen werden wahrscheinlich zuerst zu den milderen Mitteln greifen und das Messer beiseite legen, da man nach ihrer Ansicht mehr schaden wie nützen könne.

Mehrere Autoren sind für die Probepunktion, sie schlagen vor, zu punktieren zwecks Aufsuchung und Feststellung des event. Eiterherdes. So ganz einwandfrei ist der Vorschlag nicht. Erstens ist es überhaupt gefährlich, ohne klare Übersicht in die Tiefe einzudringen wegen der Nachbarschaft wichtiger Organe, zweitens kann es vorkommen, dass man auf keinen Eiterherd trifft, und die Folge davon kann sein, dass die Diagnose demgemäss zu Ungunsten des Patienten umgeändert wird. Andrerseits können die Abszesse sehr klein sein, wie wir es in vielen Fällen haben beobachten können, zur Zeit der Operation noch kleiner als nach der Kataplasmenbehandlung. Ein negativer Ausfall der Probepunktion kann also nicht beweisend sein für ein Fehlen eines Entzündungsherdes.

Andere sind wieder für die konservative Behandlungsweise, sie behandeln den Kranken mit Bettruhe, warmen Umschlägen und warten die deutliche Bildung eines Abszesses ab.

Nun, diese verschiedenen Behandlungsmethoden haben Vieles für, aber auch Vieles gegen sich. Schloffer, Braun und Schlange sind Anhänger der konservativen Therapie in der Meinung, man soll den Kranken einer immerhin gefährlichen Operation nicht unterziehen, wenn es einen milderen Weg der Therapie gibt. Schloffer schlägt vor, nur dann zu incidieren,

wenn die Diagnose sichergestellt ist; wenn die Probepunktion negativ ausgefallen ist, solle man abwarten. Durch Hyperämiesierung (Kataplasmen, Termophor) könne man die Resorption des entzündlichen Gewebes erreichen, ebenso durch Ruhelage wegen Wegfalls des mechanischen Reizes. Der Tumor wird dann stellenweise weicher, auch druckempfindlicher, der Eiterherd wird dadurch grösser und kann dann ohne nennenswerte Schwierigkeit incidiert werden.

Küttner und Heymann entfernten mit gutem Erfolge den Tumor total, ebenso Morian, der ein strenger Anhänger der radikalen Behandlung ist, ausserdem noch andere namhafte Chirurgen. Nach Heymann sind diese Geschwülste am sichersten durch Excision zu beseitigen. Die Incision der schwieligen Masse allein genüge durchaus nicht, um alle kleinen Eiterherde, von denen der Tumor durchsetzt sein kann, zu eröffnen. Er sagt, selbst wenn kleine Defekte infolge der totalen Exstirpation entstehen sollten, so werden sie sich immer noch schneller schliessen, als wenn Eiterherde in den Gewebsteilen zurückbleiben sollten.

Vielleicht sind diese Autoren beider Parteien im Recht. Man muss sich vergegenwärtigen, ob man dem Kranken durch das lange Abwarten bei der konservativen Behandlung bezw. durch das sofortige radikaloperative Eingreifen mehr schadet wie nützt. Durch das lange Abwarten muss unbedingt das Allgemeinbefinden stark in Mitleidenschaft gezogen werden. Die konservative Therapie kann sich manchmal wochen- bis monatelang hinziehen, inzwischen kann der eitrige Prozess in einer unerwarteten Richtung fortschreiten oder sogar zur allgemeinen Sepsis führen. In manchen Fällen, wo der Eiterherd mit recht dicken, derben Bindegewebsschwielen umgeben ist, dürfte eine konservative Behandlungsweise sicherlich vom üblem Resultate begleitet sein.

Allerdings auch die radikal-operative Therapie hat ihre Schattenseiten. Man muss bedenken, welch grossen Teil der Bauchwand der Tumor einnehmen kann und dass dann natürlich infolge der totalen Entfernung ein grosser Defekt in Muskeln, Fascien und Haut zurückbleibt. Die Etagennaht ist nicht immer in solchen Fällen ausführbar, und die Folge davon ist, dass an der Stelle später eine Hernie sich ausbildet. Mit einem derartigen Ausgang muss man immer rechnen, da man doch oft die

Wunde nicht ganz schliessen kann, sondern häufig tamponieren muss. Doch diese unliebsamen Folgen, das Zustandekommen einer postoperativen Hernie, kann man in einer späteren Sitzung beseitigen. Andrerseits begegnet der Chirurg grossen technischen Schwierigkeiten, wenn der entzündliche Prozess z. B. auch die inneren Organe der Bauchhöhle in Mitleidenschaft gezogen hat, man stösst dann auf recht unangenehme Komplikationen, wie wir es bereits in einigen Fällen bemerkt haben. So musste Heymann in einem Falle einen Teil der Blasenwand mitentfernen. Morian und andere resezierten bei der Exstirpation des Tumors ein Darmstück. Einmal musste Morian die Operation mitten abbrechen, da er in einen Knäuel verbackener, unlösbarer Darmschlingen geraten war. Nur eine sehr exakte und vorsichtige Lösung der Verwachsungen kann die manchmal sehr langdauernde Operation erfolgreich beenden.

Trotz dieser bei der radikalen Therapie auftretenden technischen Schwierigkeiten erklären sich viele Autoren für die totale Exstirpation. Denn meist ist die Diagnose sehr unsicher und man kann nicht wissen, ob es sich doch nicht etwa um eine maligne Neubildung in dem betreffenden Falle handelt.

Prophylaktisch schlägt Rubritius vor, zur Bruchsackligatur resorbierbares Material, also Katgut zu verwenden.

Wie uns die meisten Beobachtungen lehren, ist die Prognose im allgemeinen als günstig zu betrachten, soweit nicht Gefahren seitens der Grunderkrankung bestehen. Spontanheilung ist weniger wahrscheinlich, da meist ein centraler Abszess oder auch ein Zusammenhang mit inneren Organen der Bauchhöhle (Wurmfortsatz u. s. w.) besteht.

Es sei mir jetzt gestattet, die aus der Literatur gesammelten Fälle anzuführen, darunter drei Fälle aus dem St. Elisabeth-Krankenhaus zu Posen, welche mein früherer Chef Dr. v. Mieczkowski operierte.

5 Fälle, veröffentlicht von Schloffer.

I. P. I. 35 Jahre alt, aus Graun, Tirol, wurde am 13. 10. 1897 wegen einer rechtsseitigen Scrotalhernie mit atrophischem Leistenhoden in einem auswärtigen Spitale operiert. Kastration und Radicaloperation mit vollkommener Kanalnahlt. Nahtmaterial: in Carbol gekochte, in Sublimat aufbewahrte Seide. Heilung p. p.. Der Kranke wurde nach 10 Tagen entlassen. Mitte Juli 1903 trat mehrmals nach dem Urinieren ein Gefühl des Zusammenziehens in der Blasengegend auf. Ende September stellte sich häufiger Harndrang ein. Bald darauf bemerkte Patient eine Verhärtung in der Mitte zwischen Nabel und rechter Leistenbeuge, die sich gegen das obere Ende der Bauchnarbe hinzog und vorübergehend schmerzhaft war. Dabei ging Patient in seinem Allgemeinbefinden zurück, hatte weniger Appetit, nahm an Gewicht ab. Die genannte Verhärtung vergrösserte sich, war aber binnen kurzem nicht mehr schmerzhaft.

Aufnahme 3. 12. 1904. Die Untersuchung ergibt: Rechterseits eine lineare Narbe nach Radicaloperation einer Hernie; rechter Hoden fehlt. Die Bauchdecken sind im Bereiche der Narbe nicht vorgewölbt. Die Palpation weist aber einen doppelt faustgrossen, unregelmässig geformten, knolligen Tumor nach, der offenbar in der Muskulatur der Bauchdecken gelegen ist. Er ist gegen die Tiefe zu verschieblich, doch findet er auf diesem Wege bald ein Hindernis, was auf einen beträchtlichen Tiefendurchmesser des Tumors schliessen lässt. Er lässt sich bei schlaffen Bauchdecken an den Rändern stellenweise umgreifen. Dort zeigt er eine Dicke von zwei Querfingern. Die Oberfläche der Geschwulst ist uneben und knollig, die Konsistenz ziemlich derb, stellenweise bretthart. Der Tumor ist weder spontan, noch druckschmerzhaft. Er ist vom Rectum aus nicht zu fühlen. Temperatur dauernd unter 37°. Bettruhe, heisse Breiumschläge, worauf der Tumor sich innerhalb 14 Tagen fast um $^2/_3$ verkleinert und weicher wird. Aber dann bleibt er stationär und in den folgenden Wochen nimmt er wieder an Grösse zu und wird härter.

Nun stellt sich auch wieder häufiger Harndrang ein. In der 2. Woche des Januar mehrmals Abendtemperatur 37,3, einmal 37,8. 14. Januar 1905 Operation: Schnitt parallel zur Mittellinie über die Höhe des Tumors. Nach Durchtrennung der vorderen Rectusscheide stösst man in der Substanz des M. rectus auf eine harte, fibröse, $1^1/_2$ cm dicke Schwarte (Probepunktion ergiebt Eiter), nach deren Durchtrennung sich ein mehrere Kubikcentimeter geruchlosen Eiters enthaltender Hohlraum vorfindet; im Eiter eine Seidenknopfnaht. Die Wand dieser Höhle ist allenthalben von derbem, fibrösem Gewebe gebildet. Drainage. — Die Wunde schliesst sich rasch. Der Patient wird am 10. 2. geheilt entlassen.

II. J. H., 52 Jahre alt, Hoteliersgattin, wurde im Juni 1902 wegen einer abgelaufenen Appendicitis und einer rechtsseitigen freien Leistenhernie an der Innsbrucker chirurgischen Klinik operiert, der Wurmfortsatz exstirpirt und die Hernie nach Bassini verschlossen. Im Juni 1905 reiste Patient nach Gastein, erkrankte aber sogleich unter Schmerzen in der Ileocoecalgegend, wo eine starke Anschwellung zu bemerken war. Ein Arzt verordnete feuchte Verbände und incidirte später einen Abszess. Daraufhin blieb eine Fistel zurück, die stets etwas Eiter entleerte. Bald kamen wieder stärkere Schmerzen, die aber bei Bettruhe stets prompt zurückgingen, um alsbald wieder aufzutreten, wenn die Kranke umherging.

Aufnahme 2. 8. 1905. Kräftige, sonst gesunde Frau. Rechts eine Narbe wie nach Bassini'scher Radicaloperation, nur etwas weiter nach oben reichend. Am oberen Ende dieser Narbe findet sich der Eingang zu einer Fistel, die mehrere Centimeter weit nach der Tiefe führt. In der Umgebung der Fistel ist das Gewebe in beträchtlicher Ausdehnung hart infiltriert und etwas schmerzhaft: nirgends fluctuation. Nur in der Umgebung der Fistel ist die Haut dem Tumor adhaerent, sonst überall gut verschieblich.

3. 8. 05. Operation: Spaltung der Fistel und des fibrösen Gewebes in deren Umgebung nach verschiedenen Richtungen. Gewebe sehr blutreich. Es findet sich keine Ligatur. Doch kann dieselbe vielleicht beim Austupfen vorloren gegangen sein. Excision eines halb apfelgrossen Stückes der Schwarte, welche die ganze Dicke der Bauchdecken einnimmt, sammt der Fistel,

wobei das Peritoneum eröffnet wird. Keinerlei Verwachsungen von Organen der Bauchhöhle mit der Bauchwand. Verschluss der Bauchhöhle durch einige Knopfnähte. Hautwunde bleibt offen. Die Wunde schliesst sich rasch. 30. 8. 05. entlassen. Pat. ist dauernd beschwerdefrei geblieben, trägt aber zur Entlastung der Bauchnarbe eine Leibbinde.

III. I. A., 31 Jahre, wurde am 6. 10. 04 an der Innsbrucker Klinik wegen einer congenitalen linksseitigen Leistenhernie operiert (Bassini).

Temperatur nach der Operation vollkommen normal bis auf eine Abendtemperatur von 37,3° am Tage nach der Operation und von 37,6° am 14. Tage, zu welcher Zeit eine kleine Eiteransammlung unter der Haut durch stumpfes Auseinanderdrängen der Hauträndер freigelegt und ein Seidenfaden entfernt wurde. Am 28. 10., 3 Wochen nach der Operation, wurde der Patient entlassen; es bestand noch durch mehrere Monate eine Ligaturfistel. Dann völlige Heilung, keinerlei Beschwerden. Seit Anfang Oktober 1906 Schmerzen in der Operationsnarbe, die gegen den Nabel hin ausstrahlen.

Aufgenommen 11. 10. 06. Untersuchung: Abgesehen von der reaktionslosen Narbe in der linken Unterbauchgegend findet sich zwischen dem Ligam. Poup. und dem Nabel eine Geschwulst, welche handtellergross, flach, hart, auf Druck ziemlich schmerzlos und von ziemlich glatter Oberläche ist, und welche nach der Tiefe zu verschoben werden kann. Sie scheint den tiefen Schichten der Bauchdecken anzugehören. Bettruhe; Leinsamenkataplasmen. Der Tumor ändert aber in den kommenden Wochen seine Grösse und Konsistenz nur unwesentlich, wird dann eher grösser. Mitte November reicht derselbe vom Nabel und der Medianlinie bis gegen das Poupart'sche Band. Er ist bei Rückenlage des Pat. leicht über das Niveau der übrigen Bauchdecken erhaben und hart anzufühlen. Vielleicht ist er ein wenig weicher geworden. Temperatur andauernd normal.

23. 11 Operation. Pararectale 6 cm lange Incision, 4 Querfinger oberhalb des Poupartschen Bandes beginnend. Man gelangt gleich unter der vorderen Rectusscheide auf eine dicke, entzündliche Schwarte. Da sich in der Tiefe von mehreren Centimetern kein Eiter entleert, wird mit der Punktionsspritze gegen das vermutete Centrum des Tumors, welches gegen die Mittellinie zu

gelegen ist, eingedrungen und nach mehreren Versuchen dickrahmiger Eiter aspiriert. Nun wird die Abszesshöhle gespalten, wobei sich zeigt, dass ihre vordere schwielige Wand etwa 5 cm dick ist. Aus der Höhle entleeren sich schätzungsweise 80 ccm Eiter. Die bakteriologische Untersuchung, welche im pathologisch-anatomischen Institute des Herrn Prof. Pommer vorgenommen wurde, ergab ausschliesslich die Anwesenheit des Staphylococcus pyogenes.

Die Eiterung versiegte bei offener Wundbehandlung bald. Der Tumor ging bald zurück, nur bestand noch eine Zeit lang ein in die Tiefe reichender Wundkanal, aus dem Ende Dezember Staphylococcen gezüchtet wurden. Mitte Januar ist die Wunde vollkommen geschlossen, der Tumor verschwunden. Pat. geheilt entlassen.

IV. J. M. 34 Jahre alt. Am 6. 11. 1903 Bassinische Radicaloperation wegen rechtsseitiger Leistenhernie in der Innsbrucker Klinik. Seidennähte. Primäre Heilung. Entlassung 13 Tage nach der Operation. Im Mai 1904 hatte der Pat. einmal bei der Arbeit die Empfindung, als ob ihm etwas in der rechten Leistengegend zerrissen sei. Einige Wochen später bemerkte er, dass sich im Bereich der Narbe am Schambein eine Geschwulst ausbildete.

Die Untersuchung am 2. 10. 05 ergibt zunächst ein Recidiv der Inguinalhernie, welche ein wenig ins Scrotum herabreicht. Medial von der Narbe, dem Schambein fest aufsitzend, eine über nussgrosse, derbe, nicht druckempfindliche Geschwulst, über der die Haut gut verschieblich ist.

Unter Bettruhe und Leinsamenkataplasmen wird der Tumor im Laufe von 14 Tagen wesentlich kleiner, aber behält noch immer Haselnussgrösse. Normale Temperatur. 21. 11. Operation der Recidivhernie. Es zeigt sich, dass der ans Poupart'sche Band genähte Obliquus internus zur Hauptsache wieder in seine alte Lage zurückgekehrt ist. Knapp oberhalb des horizontalen Schambeinastes ist das Gewebe am medialen Rande der Bruchpforte schwartig verdickt, im Centrum der Schwiele eine, mit Granulationsgewebe und einer kleinen Menge dicken Eiters erfüllte Höhle. Im Eiter liegen zwei Seidenligaturen. Neuerliche Radikaloperation. Die Hautwunde wird zum grössten Teile geschlossen, die beschriebene Abszesshöhle aber tamponiert und über derselben die Haut offen gelassen.

Der Verlauf ist durch geringfügige Eiterung in der nächsten Umgebung dieser Abszesshöhle gestört, welche die vorzeitige Entfernung einer Naht erfordert. Im Übrigen glatter Verlauf. Die Wunde ist am 3. 12., soweit sie genäht war, primär geheilt, die tamponierte Abszesshöhle granuliert. 15. 12. geheilt entlassen.

V. R. J., 50 Jahre, barmherzige Schwester, wurde am 3. 5. 1906 in einem auswärtigen Krankenhause (Meran) wegen einer eingeklemmten rechtsseitigen Leistenhernie operiert. Heilung ohne nennenswerte Störung. Pat. wurde am 26. Mai mit einer Ligaturfistel entlassen, mit der sie später in die Ambulanz der Innsbrucker Klinik kam. Hier wurden zwei Ligaturen entfernt, worauf sich die Fistel schloss. Nach ein paar Monaten, Ende März 1907, gewahrte die Pat. eine harte Geschwulst in den Bauchdecken am oberen Ende der Narbe, die allmählich an Grösse zunahm, beim Gehen, sowie bei der Arbeit Beschwerden und Schmerzen verursachte.

Die Untersuchung in der Ambulanz ergab eine reaktionslose Narbe, wie nach Operation einer rechtsseitigen Leistenhernie. Kein Recidiv. Einen Querfinger breit nach oben und innen vom oberen Ende der Narbe entfernt ein mannsfaustgrosser, harter, etwas druckschmerzhafter Tumor, der, wenn die Bauchdecken erschlafft sind, mit der Muskulatur verschieblich ist, und bei Anspannung der Bauchmuskulatur etwas undeutlicher tastbar wird. Die Haut über dem Tumor ist gut verschieblich, nur wenig vorgewölbt. Die Pat. lag nun zunächst im Schwesternhause durch einige Wochen unter warmen Dauerumschlägen (Thermophor) über dem Tumor ruhig zu Bette. Unter dieser Behandlung verkleinerte sich die Geschwulst um die Hälfte. Am 25. 4. wurde die Kranke in die Klinik aufgenommen und dort die Thermophorbehandlung fortgesetzt. Bis Ende Mai ging die Geschwulst bis auf Nussgrösse zurück, blieb aber dann unverändert. Temperatur stets unter $36{,}6^0$.

28. 5. Incision der Geschwulst, welche noch keinerlei Verwachsungen mit der Haut eingegangen war, aber gleich hinter der vorderen Rectusscheide lag. Im Centrum der Geschwulst, welche aus derbem, fibrösem Gewebe besteht, findet sich ein kleiner, etwa bohnengrosser Eiterherd, und in diesem eine Seidenligatur. Im Eiter Staphyloc, pyog. alb. (Prof. Lode.)

Offene Behandlung. Die Patientin wird am 22. 6. 1907 mit schmaler, granulierender Wunde entlassen. Tumor vollkommen verschwunden.

Ein Fall aus der Huyssens-Stiftung zu Essen-Ruhr angegeben von Morian.

Ein 30-jähriger Bergschüler, der vormals nie krank gewesen war, musste sich vom Revierarzte auf seine Gesundheit untersuchen lassen. Dabei entdeckte dieser in der linken Oberbauchgegend eine Geschwulst, die dem Manne bisher nicht aufgefallen war, weil sie ihm keinerlei Beschwerden verursachte. Da die Geschwulst jedoch in den letzten Wochen langsam wuchs, wünschte der Mann ihre Entfernung.

Bei dem sehr wohlgenährten kleinen Manne sah man links von der Mittellinie zwischen Nabel und dem Rippenbogen eine Vorwölbung der Haut und man fühlte eine mit der tiefen Muskulatur in Verbindung stehende, bewegliche, etwa gänseeigrosse, harte, oberflächlich glatte Geschwulst, die beim Pressen hervortrat. Über ihr bestand Dämpfung. In der Annahme eines Bauchdeckentumors an ungewöhnlicher Stelle wurde in Narkose drei Fingerbreiten unterhalb des Rippenbogens ein Schrägschnitt geführt, der die äussere Hälfte des Mus. rectus durchdrang. In seinen Fasern begann eine Geschwulst, bei deren Ausschälung man die Bauchhöhle eröffnen musste, denn sie war breit mit dem Netz und durch zwei dünne Stränge mit dem absteigenden Dickdarm verwachsen und konnte nach deren Unterbindung entfernt werden. Eine Schichtnaht, bei der sich das Bauchfell eben zur Berührung bringen liess, verschloss die Wunden. Als man den knorpelharten Tumor durchgeschnitten hatte, fand man in der Mitte desselben einen dickebohnengrossen Abszess, aus dem Kolibazillen gezüchtet werden konnten. In ihm lag ein fast 1 cm langes, $^1/_2$ cm breites etwas ausgenagtes graues Knochensplitterchen. Es ist anzunehmen, dass es mit dem Fleische verschluckt worden war, sich in eine Colonfalte anspiesste und nun durch den Darm in das Netz und die tiefsten Schichten der Bauchmuskulatur einwanderte, wo es um sich den kleinen Abszess und diesen grossen entzündlichen Tumor hervorrief.

Ein Fall aus der Wölfler'schen Klinik.

A. B. 31 Jahre alter Bahnbeamte aus Beraun; aufgenommen am 19. September 1907.

Patient wurde an demselben Tage wegen einer Hernia inguinalis dextra incarcerata operiert. Verlauf der Heilung reaktionslos. Am 10. Tage Entfernung der Nähte, Heilung p. p. Am 2. Oktober wird Patient geheilt entlassen.

Am 11. November 1907 suchte der Patient neuerdings die Klinik auf und gab Folgendes an: Seit 3 Wochen verspürt er das Auftreten einer Beule in der rechten Unterbauchgegend, welche ihm beim Gehen starke Schmerzen verursacht und in der Grösse schwankt. Der Stuhlgang ist seit der Operation geregelt; hie und da besteht Aufstossen.

Die Untersuchung ergab: In der rechten Leistengegend, schief gegen das Poupart'sche Band ziehend eine etwa 10 cm lange Operationsnarbe. Oberhalb deren oberen Pols tastet man einen flächenhaft innerhalb der Bauchdecken ausgebreiteten, handtellergrossen, schmerzhaften Tumor, der medial bis etwa über die Linea alba reicht und oben von der Nabel-Darmbeinknorren-Linie begrenzt wird. Der Perkussionsschall über der Geschwulst ist gedämpft. Die Geschwulst ist nicht verschieblich und nicht genau abgrenzbar. Beim Gehen treten ziehende Schmerzen auf, welche von der Geschwulst ausstrahlen.

Unter Bettruhe und Applikation von feuchtwarmen Umschlägen tritt keine Verkleinerung des Tumors auf. Seit 21. November bestehen leichte Fiebersteigerungen. Es wird daher am 4. Dezember 1907 zur Operation geschritten.

In ruhiger Narkose mit Billroth'scher Mischung wird über dem Tumor, parallel und etwa einen Querfinger rechts von der Mittellinie eine Incision gemacht. Nach Durchtrennung der Haut kommt man auf ein starres, weisses Gewebe; beim weiteren scharfen Vordringen in die Tiefe findet man einen kleinen Eiterherd, aus welchem in geringer Menge brauner Eiter und mit diesem ein starker Seidenfaden entleert wird. Nachdem der Eiter durch Tupfen entfernt ist, sieht man am Grunde der Abszesshöhle verschiedene Hohlgänge. Am oberen Pol der Geschwulst wurde in kleiner Ausdehnung das Peritoneum eröffnet, dabei traten einige Dünndarmschlingen und Netz zutage, welche mit der Geschwulst fest verwachsen sind. Zur mikroskopischen Unter-

suchung wird ein kleines Stück aus dem Boden der Abszesshöhle excidiert und in letztere ein Gummidrain eingeführt; die übrige Wunde wird teils mit Gaze tamponiert, teils durch doppeltseitige Naht verschlossen.

Fieberloser Verlauf, die Wunde verkleinert sich rasch. Am 21. Dezember verlässt Patient zum erstenmale das Bett. Am 22. Dezember Temperatursteigerung, starke Schmerzen im rechten Bein, namentlich aber in der rechten Leistengegend; starke Schwellung des rechten Beines. Trombophlebitis. Umschläge und Hochlagerung des Beines. Erst nach 2 Monaten geht die Schwellung des rechten Beines vollkommen zurück, inzwischen ist die Operationswunde vollkommen geheilt.

Am 2 März 1908 wurde Patient geheilt entlassen.

Ein Fall, operiert von Heymann.

Am 16. September 1909 kam ein 65-jähriger Postschaffner S. von ausserhalb ins Augusta-Hospital mit der Angabe, dass er selbst seit etwa einem Vierteljahr eine sich stetig vergrössernde Geschwulst in der Unterbauchgegend bemerkt habe. Anamnestisch liess sich feststellen, dass er dreiviertel Jahre zuvor in seiner Heimat wegen einer Blinddarmentzündung innerlich behandelt worden war, dann aber einige Wochen später seinen Dienst wieder versehen hatte. Ende Juni stellten sich von neuem unbestimmte Schmerzen im Bauch ein, auf beiden Beinen zeigten sich zeitweilig Anschwellungen in der Knöchelgegend, der Kranke musste ungewöhnlich viel husten und gab in grösserer Menge Auswurf von sich, was jedesmal mit Schmerzen im Unterleib verbunden war. In letzter Zeit litt er ausserdem an quälendem Harndrang.

Die Untersuchung des äusserst abgemagerten Kranken ergab eine birnenförmige, ganz harte Geschwulstbildung genau in der Mittellinie der vorderen Bauchwand. Der Stiel der Geschwulst liess sich bis zum Nabel verfolgen, während die breite Basis hinter der Symphyse verschwand. Die Bauchhaut war überall in Falten von der Geschwulst abzuheben, während sie selbst im ganzen frei nach rechts und links mit den Bauchdecken ohne Schmerzen bewegt werden konnte. Die Leistendrüsen waren auf beiden Seiten vereinzelt bis zur Bohnengrösse geschwollen und verhärtet. Daneben bestand ein Blasenkatarrh

in mässiger Stärke. Schmerzen liessen sich nur bei tieferem Druck von links auf die Blasengegend auslösen, während der Bezirk des Mac Burne'schen Punktes schmerzlos eingedrückt werden konnte. Die Temperaturen überstiegen an den beiden Tagen nach der Aufnahme niemals 36,5°. Bei der cystoskopischen Untersuchung der Blase zeigte sich auf der trüben und blassen Schleimhaut eine Reihe roter Stellen, namentlich nach dem Vertex zu, ein Bild, wie es für den chronischen Katarrh typisch ist. Bei der mässigen Füllungsmöglichkeit liess sich dann noch erkennen, dass der Scheitel der Blase nach Art eines Trichters mit breiter Basis und schmaler Lichtung ausgezogen war.

Wegen des Alters und der Abmagerung des Kranken wurde die Diagnose auf bösartige Neubildung gestellt, und wegen ihrer Lage zwischen Nabel und Symphyse und ihres zweifellosen Zusammenhanges mit dem Blasenscheitel fasste man den Tumor als Urachustumor auf.

Bei der Operation am 18. September 1909 zeigte sich aber, dass die ganze Geschwulst aus einer bis zu 6 cm dicken, harten, schwieligen Masse bestand, die auf dem Medianschnitt vereinzelte, bis erbsengrosse Eiterherde erkennen liess. Sie sass in der Linea alba, reichte seitlich in die Mm. recti hinein, ohne dass sie in der Substanz scharf von ihnen getrennt werden konnte, und war auf der Bauchseite vom Peritoneum parietale überkleidet. Auf die Entstehung dieser schwartigen Geschwulst deutete das in der Mittellinie haftende Netz und unterhalb dieser Stelle der in der Mitte rechtwinklig geknickte und mit seiner distalen Hälfte breit verklebte Wurmfortsatz hin.

Im einzelnen ist Operateur bei der Exstirpation so vorgegangen, dass er zunächst nach Anlegung des Hautschnittes vom Nabel bis zur Symphyse die ganze Geschwulstmasse der Länge nach spaltete, wobei sich gleich der narbige, schwielige Charakter offenbarte. Nach dem Nabel zu musste das Netz, das ziemlich locker am Peritoneum parietale haftete, abgelöst werden, in der Mitte der Wurmfortsatz und daneben, namentlich unter der rechten Hälfte der Geschwulst, das Coecum. Weiter abwärts nach der Symphyse zu ging die harte Masse ganz breit in die Blasenwand über, wie mit einem in die Blase eingeführten Katheter festzustellen war. Danach konnte der Operateur von der freien Bauchhöhle aus die ganze Geschwulst nach

beiden Seiten hin umgreifen und als kegelförmige harte Masse rechts und links aus den beiden Rectushälften herausschneiden. Da sie sich aber ihrer Starrheit wegen nicht mit der in der Blasenwand festhaftenden, breiten Basis nach vorne vor die Bauchwand hätte luxieren lassen, andrerseits die Excision aus der Blase nur unter Kontrolle der Augen ausgeführt werden konnte, so sah sich Operateur gezwungen, die der Länge nach herausgeschnittene und nur oben und unten noch befestigte Geschwulst ungefähr in der Mitte quer zu durchtrennen. Daraufhin liess sich die untere Hälfte der Geschwulst mühelos aus der Blasenwand keilförmig herausschneiden und die Blasenwunde zweischichtig nähen. Die am Nabel haftenden Geschwulstteile wurden gleichfalls excidiert. Schliesslich wurde noch der Wurmfortsatz fortgenommen, das nach der Mitte zu verzogene Coecum in seine gehörige Lage gebracht und das Netz über den Darmschlingen bis zur Blase herunter entfaltet. Trotz des grossen Defektes konnte die Bauchwunde mit durchgreifenden Nähten ziemlich vollständig geschlossen werden nur unten blieb über der Symphyse eine 2 cm klaffende Wunde bestehen, die zunächst mit Bindentampons ausgestopft wurde und sich erst im Laufe der nächsten Monate unter Granulation schloss. Nach vollkommen reaktionslosem Verlauf konnte der Kranke am 21. Oktober geheilt mit einer kleinen granulierenden Fläche im unteren Wundwinkel aus dem Hospital entlassen werden und ist auch bis heute, wie der später behandelnde Arzt mitteilt, gesund geblieben.

Ein Fall von Netztumor, operiert von Morian.

Ein 39-jähriger Rottenführer war am 29. VI. 1909 von Herrn Dr. Thomas in Gelsenkirchen nach Bassini mit Abbindung des angewachsenen Netzes rechterseits wegen eines Leistenbruches operiert worden. Eine grössere Eiterung hatte damals, wie dem Operateur mitgeteilt wurde, jedenfalls nicht stattgefunden. Am 1. IX. 1910, also 14 Monate später, spürte der Mann nun plötzlich stechende Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Er hatte wohl Stuhlträgheit, aber kein Erbrechen, kein Fieber. Von seinem Kassenarzte wurde er auf Magenleiden behandelt und als nach einigen Wochen eine Besserung nicht eintreten wollte, auf die innere Abteilung der Huyssens-Stiftung geschickt.

Dort wurde er 4 Wochen lang mit Bettruhe, heissen Beuteln und entsprechender Diät unter der Diagnose einer wahrscheinlichen appendicitischen Schwiele behandelt. Ende Oktober wurde der Mann auf die chirurgische Abteilung übernommen; damals fühlte man im Leibe handbreit über dem rechten Leistenbande eine handlange, halbhandbreite, oberflächglatte, gut bewegliche, nicht sehr druckempfindliche Geschwulst von Gummihärte, über der die Beklopfung tympanitisch erklang. Perkussorisch änderte sich auch bei Aufblasung des Dickdarmes nichts Wesentliches. Fieber stellte sich nicht ein, nur geringe Schmerzen und es blieb bei der Stuhlträgheit. Im Stuhlgange selbst fanden sich keinerlei Zeichen für die Annahme einer Geschwulst oder Neubildung. Neben der Möglichkeit einer Dickdarmgeschwulst erwog man eine von einer Wurmfortsatzentzündung ausgehende Schwiele und erst kurz vor der Operation kam man auf die Vermutung, es könne sich um eine von der Bassinioperation herrührende entzündliche Netzgeschwulst handeln. In dieser Annahme wurde am 15. XI. 1911 mit einem Querschnitt handbreit über dem rechten Leistenbande in die Bauchhöhle eingegangen. Es zeigte sich, dass die Geschwulst mit der vorderen Bauchwand verwachsen war. Ein Stückchen Peritoneum wurde geopfert. Man fand einen Tumor, der aus dem Netze hervorgegangen sein musste, nach oben durch zwei Stränge von zwei Fingerbreiten, nach unten durch einen breiteren Strang mit dem Netze, nach hinten mit dem aufsteigenden Colon und auf 3 cm. mit einer von dem querverlaufenden Dickdarm herbeigezogenen Schlinge zusammenhing. Die Verwachsungen wurden gelöst, die Stränge unterbunden. Von dem Wurmfortsatz sah man nichts. In dem Mesenterium fühlte man verdickte Drüsen, die aber schon wegen ihrer Zahl nicht hätten entfernt werden könhen. Der parietale Bauchfelldefekt wurde durch Netz ersetzt, dann die Wunde schichtweise geschlossen. Am 30 XI. 1910 wurde der Patient geheilt entlassen.

In der Mitte der etwa 15 cm langen, 5 cm breiten, 3 cm dicken derben Fettbindegewebegeschwulst lag ein erbsengrosser Eiterherd, in dem der Staphylococcus aureus nachgewiesen wurde, um eine Seidenfadenschlinge herum. Mikroskopisch sah man Fett- und Bindegewebsschichtungen von spärlichen Rundzellreihen durchzogen.

Drei Fälle, operiert von Küttner.

I. A. M. 60 J., wurde am 6. II. 08. in die Breslauer Klinik aufgenommen. Im November 1906 trat infolge einer Erkältung starke Atemnot ein, weshalb sich Patient in ärztliche Behandlung begab. Im Sommer besserte sich der Zustand, um im November 1907 wieder aufzutreten; der Arzt konstatierte Lungenkatarrh. Seit Anfang Januar 1907 bemerkte der Patient in der rechten Inguinalgegend eine Geschwulst, die allmählich grösser wurde. Sein Kassenarzt schickte ihn deshalb in die chirurgische Klinik. Zuerst war die Geschwulst im geringen Grade schmerzhaft; durch Umschläge wurden die Schmerzen beseitigt; die Geschwulst ist allmählich härter und schmerzlos geworden.

Befund: Kleiner kyphoskoliotischer Mann in ziemlich gutem Ernährungszustande, Muskulatur mässig entwickelt. Lungen: Grenzen normal, chronischer Bronchialkatarrh und Emphysem. Puls regelmässig, kräftig. Herz: Töne rein, regelmässig, kräftig. Urin frei von pathologischen Bestandteilen. Leber nicht vergrössert, Milz nicht palpabel. Dicht über dem rechten Poupartschen Bande fühlt man einen derben, flachen im Durchmesser etwa 7 cm. messenden Tumor. Die Geschwulst liegt direkt unter der Haut. Beim Aufblähen des Darmes lässt sich keine Luft zwischen Tumor und Haut nachweisen. Die Oberfläche ist glatt, die Konsistenz derb. Der Tumor sitzt gestielt neben dem Poupart'schen Band, hat in der Tiefe der Abdominalhöhle keine nachweisbare Fortsetzung. Er ist auf Druck nicht empfindlich. Die Haut darüber ist verschieblich und unverändert. Nirgends Drüsen zu fühlen. Sonst kein Tumor nachweisbar. Rectal nihil. Stuhl regelmässig, enthält kein Blut.

Diagnose: Bauchdeckendesmoid am wahrscheinlichsten besonders wegen der eigenartigen Stielung. Da Patient aber ein Mann, muss an Tumor malig. metastat. und an einen entzündlichen Tumor gedacht werden. Für Tumor mal. metast. liegt kein Verdachtsmoment vor, so das die Differentialdiagnose zwischen Desmoid und entzündlichem Tumor erst durch Operation gestellt werden kann.

11. II. 08. Operation. Äthertropfnarkose. Schrägschnitt über den Tumor. Nach Spaltung der Fascia tritt der Tumor sofort zutage, er erscheint sehnig, derb wie ein Desmoid. Es wird versucht, die Geschwulst in toto herauszupräparieren, dabei zeigt

sich, dass der Tumor mit dem wandständigen Peritoneum und den Gebilden der Ileocoecalgegend verwachsen ist. Allseitige Loslösung des Tumors. Er besteht aus derbem schwieligen Narbengewebe und sitzt in der Bauchmuskulatur und in dem wandständigen Peritoneum. In der Ileocoecalgegend ist der Processus vermiformis sehr stark entzündlich verändert und verdickt. Er liegt dem Peritoneum parietale an und ist mit demselben verwachsen. Die benachbarten Dünndarmschlingen sind mit dem Coecum verwachsen. Entfernung des Processus vermiformis und des Tumors in einem Stück. Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes in typischer Weise. Schichtweise Bauchdeckennaht. Drainage.

19. II. 08. Entfernung der Drainage. Die Wunde secerniert mässig stark. Schwere mit der Kyphoskoliose und dem alten Katarrh zusammenhängende Bronchitis.

26. II. 08. Es besteht noch eine circa 2 cm. breite Granulationsfläche, die nicht mehr in die Tiefe reicht. Patient wird auf seinen Wunsch mit Bauchbinde in ambulante Behandlung entlassen.

II. Herr F., 42 J. aus M. wurde am 14. V. 06. wegen einer Wurmfortsatzentzündung operiert. Es fand sich ein perforierter Processus vermiformis inmitten eines mit kotig riechendem Eiter erfüllten Abzesses in der Ileocoecalgegend. Langsame Heilung. Die Sekretion aus der Wunde hielt 3—4 Wochen an. Dann erholte sich Patient schnell. Am 3. VI. 06. stellte er sich wieder vor mit der Angabe, unter dem rechten Rippenbogen seit kurzer Zeit Schmerzen zu haben.

Befund: Patient hat sich sehr erholt, die Wunde in der Ileocoecalgegend ist fest vernarbt. In der Mammillarlinie findet sich unterhalb des rechten Rippenbogens eine hühnereigrosse flache Geschwulst, die gegen die Umgebung scharf abgrenzbar ist. Die Konsistenz ist sehr derb, bei stärkerem Druck gibt Patient mässige Schmerzen in der Tiefe an. Der Tumor scheint in den Bauchdecken zu liegen, entzündliche Erscheinungen fehlen vollkommen.

7. VII. 06. Operation in Äthernarkose. Über die Geschwulst wird ein Längsschnitt geführt. Nach Durchtrennung der Haut gelangt man sofort auf denTumor, mit dem die oberflächliche Fascie verwachsen ist. Die Fascie wird durch-

trennt, und man gelangt nun in ein derbes, schwieliges Gewebe, welches unter dem Messer knirscht. Es scheint die Bauchmuskulatur in dem schwieligen Gewebe aufgegangen zu sein, ihre Struktur ist nur andeutungsweise zu erkennen. Der Tumor hat eine Weite von etwa 3 cm. und reicht bis an das Peritoneum; er enthält im Innern einen bohnen- bis kirschgrossen Abszess, der mit eingedicktem Eiter erfüllt ist. Wegen dieses durch den Längsschnitt eröffneten Abzesses wird das Verhältnis zur Bauchhöhle nicht weiter untersucht, das Peritoneum geschont. Drainage der kleinen tiefen Abszesshöhle. Langsame Heilung per granulationem. Auch in der Folgezeit keine Erscheinungen von seiten der Bauchhöhle. Bei der Entlassung ist der entzündliche Tumor um die Hälfte verkleinert.

III. W. P., 50 J.. Patient weiss sich auf ernstere Krankheiten nicht zu besinnen; insbesondere hat er an kleinen chronischen Verdauungsstörungen gelitten. Die jetzige Krankheit begann am 21. IX. 07. mit Erbrechen und einen Tag vollständig anhaltender Verstopfung. Danach stellte sich Durchfall ein, der nach Angabe einige Tage bestand. Das Erbrechen hörte auf, sobald der Durchfall einsetzte; im ganzen Leib bestanden Leibschmerzen, die Temperatur betrug am ersten Tage der Erkrankung 37,5°. In den nächsten Wochen konnte Patient gar keine Nahrung zu sich nehmen und hatte sehr selten Stuhlgang, einmal hielt die Obstipation 14 Tage lang an. Allmählich besserte sich der Krankheitszustand, Patient hatte wieder regelmässig Stuhlgang von breiiger Beschaffenheit und nahm leicht verdauliche Speisen zu sich. Seit 3 Wochen bemerkte der Patient eine schmerzhafte Geschwulst in der linken Seite des Leibes. In den letzten Wochen hat der Patient etwas an Gewicht abgenommen. Blut ist nie im Stuhlgang gewesen.

Befund: Grosser, blasser, magerer Mann in ziemlich gutem Ernährungszustande, Herz und Lungen gesund. Die fühlbaren Arterien haben eine rigide Wand. Im linken Hypogastrium ist eine etwa hühnereigrosse flache Vorwölbung zu sehen. Die Konsistenz derselben ist knorpelhart; sie ist unverschieblich, von glatter Oberfläche, die Bauchhaut darüber verschieblich und vollständig unverändert. In der Gegend des Blinddarms ist in der Tiefe eine deutliche Konsistenz zu fühlen; ebenso vom Rectum aus. Auf beiden Seiten sind die Leistendrüsen bis Taubenei-

grösse infiltriert und hart. Der Leberrand ist bei tiefer Inspiration fühlbar; er ist weich, glatt, nicht empfindlich. Das Rectum ist leer. Bei der Aufblähung des Darmes vom Rectum aus streicht die Luft bis zum Blinddarm ein. Der Tumor der linken Seite bleibt unverändert sichtbar. Im Urin keine pathologischen Bestandteile.

17. 1. 07. Operation in Aethertropfnarkose. Über den Tumor wird eine Schrägincision von 10 cm Länge gemacht durch die Haut und das subkutane Bindegewebe. Dabei zeigt sich unter der Fascie das Muskelgewebe sehr derb, schwielig und stellenweise ödematös infiltriert; beim weiteren Incidieren fliesst aus einem inmitten des schwieligen Gewebes liegenden kleinen Abszess ein Teelöffel voll stinkenden Eiters aus den tiefen Muskelschichten ab. In der Tiefe ist der Tumor mit dem parietalen Bauchfell verklebt; zwischen den Dünndarmschlingen und dem Netz sind entzündliche Schwielen vorhanden. Die Wunde wird teilweise tamponiert. Schichtweise Naht der Bauchdecken. Wegen der Abszesseröffnung sind auf eine Freilegung der Ileocoecalgegend verzichtet.

23. 1. 07. Entfernung der Nähte; der Tampon zeigt kotähnliche Farbe und Geruch. 13. 2. 07. Die Kotfistel hat sich bei Diät und Druckverbänden geschlossen. Keine Beschwerden und nachweisbaren Veränderungen mehr in der Ileocoecalgegend. Mit Binde entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes des entzündlichen Tumors ergibt folgendes: Das Substrat bildet Fettgewebe, welches aufs mannigfachste von einer kleinzelligen Infiltration durchsetzt ist; diese bietet wenig Charakteristisches und ist für Granulationsgewebe auffallend arm an Gefässen, wenngleich sie da und dort Extravasate umschliesst. An manchen Stellen ist das Fettgewebe der Nekrose anheimgefallen. Obwohl hier scharf umrandete Sequester wahrzunehmen sind, entspricht das Bild doch nicht ganz dem der Fettgewebsnekrose. Andrerseits spricht das Bild auch nicht für eine bösartige Neubildung, unter denen nur Rundzellensarkom in Frage käme.

Drei Fälle, operiert von v. Mieczkowski.

(Aus dem St. Elisabeth-Krankenhaus zu Posen).

I. St. W. 19 Jahre alt. Aufgenommen am 2. 10. 1907. Der Patient ist nie ernstlich krank gewesen. Vor einem Jahr erkrankte

Patient unter peritonitischen Erscheinungen mit Temperatursteigerung, lag 3 Wochen zu Bett, genas aber bald darauf. Seit 6 Wochen bemerkte Patient in der rechten unteren Bauchgegend eine Geschwulst, fühlte sich dabei sehr matt und litt an hartnäckiger Verstopfung.

Staatus: Patient sieht elend aus, Herz, Lungen und Nieren o. B.. Oberhalb des rechten Poupart'schen Bandes fühlt man einen harten, schmerzlosen, mannsfaustgrossen Tumor. Die Geschwulst ist unbeweglich und ist in der Gegend zwischen der rechten Darmbeinkante und der linea alba lokalisiert, sie reicht unter das ligamentum Pouparti. Im Stuhl kein Blut, kein Eiter. Keine Temperatusteigerung.

Klinische Diagnose: Tumor malignus coeci? Sarcoma? 10. 10. 97. Operation in Äthernarkose. Schnittführung oberhalb des ligam. Pouparti. Man sieht den Tumor, der mit der Bauchwandmuskulatur verwachsen ist. Nach der weiteren Lockerung des Tumors bis ins gesunde Gewebe hinein sieht man deutlich Verlötungen des Tumors einerseits mit dem Dick- und Dünndarm, andrerseits mit dem lockeren Bindegewebe des Beckens, ausserdem dehnte sich die Geschwulst noch tief unter das ligam. Poup. aus, auf die grossen Gefässe übergehend. Entfernung des ganzen Tumors nach mühevoller Lösung der Verwachsungen. Den Wurmfortsatz konnte man nicht finden. Bei der Lösung des Tumors von den Darmschlingen quoll ca. ein Esslöffel voll Eiters hervor. Tamponade; der Rest der Wunde wurde genäht. Die histologische Untersuchung (Patholog. Institut zu Posen) ergab: Die Geschwulst setzt sich aus Bindegewebszellen mit eingelagerten Rundzellen zusammen. Ob es sich also um einen chronisch entzündlichen Prozess oder um eine bösartige Neubildung handelte, war nicht sichergestellt. (Aber der günstige Weiterverlauf der Krankheit überzeugte uns, dass es sich höchstwahrscheinlich in diesem Falle um einen entzündlichen Tumor handelte).

16. Okt. 1907. Verlauf der Heilung normal. Sol. Fowleri.

10. Nov. 1907. Pat. verlässt das Krankenhaus mit geschlossener Wunde, soll Arsenik weiternehmen.

7. Februar 1908. Pat. stellt sich vor, fühlt sich sehr wohl. An der früheren Operationsstelle besteht eine grosse Hernie. Bruchband.

25. 10. 12. Patient stellt sich wieder vor mit der Angabe, die Narbe sei im Verlaufe des letzten Jahres 2 mal geplatzt, wobei sich viel Eiter entleert habe. Seit ca. 3 Tagen fühlt Patient eine Vorwölbung in der Narbengegend und meint, es habe sich vielleicht an der Stelle wieder Eiter angesammelt. Incision des grossen mit stinkendem Eiter gefüllten Abszesses. Man konnte mit der Sonde ca. 5 cm tief eindringen, und zwar in die Gegend der flexura ileo-coecalis. Wahrscheinlich handelte es sich um eine vom Wurmfortsatz ausgehende Eiterung, welchen man bei der I. Operation nicht entfernt hatte.

II. A. Sz., 38 Jährige Kaufmannsfrau. Aufnahme am 24. November 1911.

Im September 1909 erkrankte die Patientin kurz nach einer Entbindung mit Schmerzen in der rechten Unterleibsgegend mit Fieber und Erbrechen. Im Januar 1911 wiederholten sich die Beschwerden, doch sie wurden immer heftiger und das Fieber dauerte an. Der Hausarzt eröffnete damals angeblich einen grossen Abszess. Eine Woche nach der Incision erfolgte die Geburt eines gesunden Kindes. Im März 1911 heilte die Wunde zu. Im Juli 1911 bemerkte Pat. eine Verdickung der Narbe, welche schnell an Grösse zunahm. Seitdem klagt die Pat. in der Geschwulstgegend über heftige Schmerzen, welche nach dem Kreuze und der linken Seite hin ausstrahlten. Der Allgemeinzustand der Kranken verschlimmerte sich von Tag zu Tag, bis sie endlich das Krankenhaus aufsuchte.

Oberhalb des rechten ligam. Poup. sieht man drei Narben, welche sich bis oberhalb der spina iliaca anter. sup. hinziehen. Der Unterleib ist weich, in der Narbengegend fühlt man eine harte Vorwölbung. Die ganze Gegend oberhalb des Leistenbandes ist von einer grossen, ziemlich glatten, runden, druckempfindlichen Geschwulst ausgefüllt, die nach oben bis zum Nabel hinaufreicht.

Keine Temperatursteigerung, Pulszahl in der Minute 76. Diagnose: Tumor inflammatorius ex Appendicitide.

Operation am 28. November 1911. Bauchschnitt von der Symphyse bis zur Darmbeinkante. Es wird ein weiterer Schnitt in der Richtung nach der linea alba zu erforderlich. Es zeigte sich, dass die Geschwulst mit der Bauchdeckenmuskulatur verwachsen war. Nach der Circumcision

der Geschwulst im gesunden Gewebe wird die Bauchhöhle zuerst unter dem muscul. rectus, dann rings um die Geschwulst herum eröffnet. Verwachsungen der Darmschlingen. Der Tumor scheint von der flexura ileocoecalis auszugehen, der untere Rand reicht bis zur Blase. Unterbindung des mit dem Tumor verwachsenen Netzstückes, mühevolle Lösung der übrigen Verwachsungen, wobei man auf einen kleinen Abszess im äusseren unteren Teil des Coecums trifft. Von der Blase und Gebärmutter wird der Tumor stumpf abpräpariert. Jetzt erst stösst man an der Grenze des Blinddarms und Ileums auf den Wurmfortsatz, der anfangs nach innen, dann unter spitzem Winkel mit Erweiterung seines Lumens nach dem oben genannten Abszess verläuft. Appendectomie, partielle Naht der Wunde, Tamponade der Abszesshöhle.

Dauer der Operation ca. 2 Stunden.

10. Dezember 1911. Verlauf der Heilung reaktionslos.

28. Dezember 1911. Die Pat. verlässt das Krankenhaus. Die Wunde ist noch nicht ganz zugeheilt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Der Tumor besteht aus Bindegewebszellen mit eingelagerten Rundzellen. Chronisch entzündlicher Tumor.

5. März 1912. Pat. fühlt sich recht wohl. Allgemeinzustand sehr befriedigend. Keine Hernie an der Operationsstelle.

III. St. K. Witwe, 49 Jahre. Aufnahme am 16. August 1911. Die Patientin ist sonst nie ernstlich krank gewesen. Seit Anfang Februar leidet sie an Obstipation, welche allmählich hartnäckiger wurde. In der letzten Zeit alle paar Tage Stuhlgang, der aus kleinen, harten Kotmassen bestand. Seit Juli Windverhaltung und Schmerzen in der Magengegend. Vor 2 Wochen bemerkte die Patientin unterhalb des linken Rippenbogens eine Geschwulst, fühlte sich dabei sehr elend. Auf Anraten des Arztes, der einen Tumor und Verengerung des Dickdarmes feststellte, suchte die Patientin das Krankenhaus auf.

17. August 1911. Herz, Lungen und Nieren ohne pathologische Veränderungen. Temperatur abends 37,7°, 37,1°, 37,6°, 38,5°. Unterhalb des linken Rippenbogens fühlt man einen faustgrossen bis zur vorderen oberen Darmbeinkante reichenden Tumor. Er ist wenig druckempfindlich, von glatter Oberfläche, nach allen

Seiten etwas verschieblich. Unterleib etwas aufgetrieben, Darmbewegungen wurden nicht beobachtet.

Diagnose: Ca. flexurae lienalis.

18. August 1911. Operation in allgemeiner Narkose. Schnittführung über den Tumor, der überall mit der Bauchdeckenmuskulatur verwachsen ist. Bei der Loslösung desselben entleert sich aus der Tiefe Eiter. Excision eines Stückes aus der Geschwulst, Tamponade in der Annahme einer entzündlichen Geschwulst. Die mikroskopische Untersuchung des excidierten Stückes ergab: Entzündliches Bindgewebe.

26. August 1911. Aus der Wunde entleeren sich Winde und Stuhl.

20. September 1911. Status idem. Der Tumor verkleinert sich nicht. Aus der Wunde kommt viel Stuhl zum Vorschein.

30. September 1911.

II. Operation in allgemeiner Narkose.

Schnitt rings um den Tumor herum, der mit der ganzen Bauchwanddicke verwachsen ist. Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man, dass die Geschwulst von der flexura lienalis ausgeht und mit Netz und Magen verwachsen ist. Nach der Loslösung des Magens und der Unterbindung des Netzes und des entsprechenden Mesocolons wird der Tumors samt den Darmschlingen nach aussen gelagert (nach Mikulicz).

2. Oktober 1911. Resektion des Tumors — es besteht jetzt ein künstlicher After.

11. November 1911 und 14. Februar 1912. Plastischer Verschluss des künstlichen Afters.

11. März 1912. Die Patientin verlässt das Krankenhaus.

7. Oktober 1912. Die Patientin stellt sich zwecks Untersuchung vor; sie sieht sehr wohl aus. Kein pathologischer Befund bei der genauen Untersuchung. Die Untersuchung des Tumors ergab ein ca. flexura lienalis. Rings um den Darmtumor hatte sich ein dicker Wall entzündlicher Natur gebildet.

Literaturverzeichnis.

Schloffer: Über chronisch-entzündliche Bauchdeckentumoren nach Herniotomien. Arch. f. Klin. Chirurgie 1908

Morian R.: Über chronisch-entzündliche Tumoren am und im Bauche. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1912.

Rubritius. Chronisch-entzündlicher Bauchdeckentumor nach Hernienoperation. Prag. med. Woch. 1908. 31.

Heymann E.: Über entzündliche Bauchdeckengeschwülste. D. med. Woch. 1911. 40.

Meyerson: Beiträge zur klin. Chirurgie. 1908. Bd. 60.

Tansini S.: Tumori inflamatorii da corpi estranei migrate (Riforma med. XXVII, 13, 1911). Ref. Centralblatt f. Chirurgie 1912. Nr. 13.

Hofmeister: } Verh. d. deut. Ges. f. Chirurgie 1908.
Küttner: }

v. Mieczkowski: O guzach zapalnych brzucha. (Przegląd Chirurg. i Ginekolog.). 1912.

LEBENSLAUF.

Ich wurde am 26. März 1890 zu Posen geboren, bin katholischer Konfession. Seit Ostern 1899 besuchte ich das Kgl. Marien-Gymnasium zu Posen und verliess dasselbe mit dem Zeugnis der Reife Ostern 1908. Im Mai desselben Jahres bezog ich die Universität zu Greifswald, wo ich in der medizinischen Fakultät immatrikuliert wurde. Nach einem Semester begab ich mich nach München, wo ich bis zum Ende meiner Studien verblieb und im Mai 1913 das Staatsexamen bestand.

Vom 1. Oktober 1913 bis zum 1. April 1914 war ich als Medizinalpraktikant am St. Elisabeth-Krankenhaus zu Posen und vom 15. April bis zum 31. Juli 1914 am Rudolf-Virchow- Krankenhaus in Berlin beschäftigt. Im August d. J. erhielt ich die Approbation als Arzt.